

**Bericht und Antrag**

**des Untersuchungsausschusses**

**„Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“**

**zu dem Antrag der Fraktion der SPD – Drucksache 10/311**

Berichterstatter: Abgeordneter Wieser CDU  
Abgeordneter Weinmann SPD

**INHALTSÜBERSICHT**

	Seite
<b>Erster Teil:</b>	
<b>Formalien</b>	24
I. Einsetzung und Auftrag des Untersuchungsausschusses	24
II. Ablauf des Untersuchungsverfahrens	26

<b>Zweiter Teil:</b>	Seite
<b>Feststellung und Würdigung des Sachverhalts</b>	28
<b>I. Prävention und Rehabilitation zugunsten älterer Menschen</b>	28
1. Begriffsbestimmung der Geriatrie	28
2. Prävention	29
3. Rehabilitation	35
4. Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen und für die Volkswirtschaft	38
5. Geriatriische Qualifikation der Ärzte und des Pflegepersonals	41
6. Anzahl der in Präventions- und Rehabilitationsmedizin ausgebildeten Ärzte	47
7. Geriatriische Versorgung in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	47
8. Finanzielle Förderung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen	59
9. Konsequenzen für die ambulante und stationäre Versorgung	62
<b>II. Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben</b>	68
1. Allgemeines	68
2. Weiterbildung	69
3. Kunst und Kultur	72
4. Sport	72
5. Freizeitgestaltung	74
6. Ehrenamtliche Betätigung	74
7. Angebote für bettlägerige und gehbehinderte Menschen	76
8. Möglichkeiten in stationären Einrichtungen	76
9. Angebote für ältere ausländische Mitbürger	77
10. Fördermaßnahmen	78
<b>III. Wohnen im Alter</b>	79
1. Wohnsituation	79
2. Altengerechtes Wohnen	81
3. Maßnahmen zugunsten altengerechter Wohnungen	86

	Seite
IV. Geriatriisch-gerontologische Forschung	92
1. Forschungseinrichtungen und Schwerpunkte der Forschung in Baden-Württemberg	92
2. Forschungsförderung des Landes	94
3. Entwicklungstendenzen	98
V. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	99
1. Häusliche Pflege älterer Menschen	99
2. Begriffsbestimmung und rechtliche Rahmenbedingungen	105
3. Sozialstationen	109
4. Ergänzende Dienste gemeinnütziger Einrichtungen	122
5. Privatgewerbliche Dienste	125
6. Kooperation und Koordination der Hilfsdienste	127
VI. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	134
1. Begriffsbestimmung und rechtliche Rahmenbedingungen	134
2. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	142
3. Finanzierung der Investitionen	147
4. Finanzierung der Betriebskosten	153
5. Medizinische Versorgung	165
6. Pflegerische Versorgung	174
7. Teilstationäre Versorgung gerontopsychiatrisch kranker Menschen	183
VII. Situation des Pflegepersonals	198
1. Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege	198
2. Rechtliche Rahmenbedingungen	206
3. Tarifvertragliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ab 1. August 1989	207
4. Altenpflegeausbildung	212
5. Einsatz von Zivildienstleistenden in der ambulanten und stationären Altenhilfe	222

	Seite
VIII. Änderung der Bevölkerungsstruktur, finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter	225
1. Entwicklung der Gesamtbevölkerung	225
2. Entwicklung der älteren Bevölkerung	227
3. Entwicklung des Frauenanteils	229
4. Entwicklung des Ausländeranteils	230
5. Regionale Bevölkerungsstrukturveränderungen	232
6. Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung	232
7. Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung	235
8. Entwicklung der Bildungssituation der älteren Bevölkerung	236
9. Finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter	236
IX. Humanes Sterben außerhalb der häuslichen Umgebung	244
1. Erkenntnisse über den Sterbeort älterer Menschen	244
2. Wünsche und Bedürfnisse sowie Ängste und Einschätzungen älterer Menschen hinsichtlich ihres Sterbeortes	246
3. Sterbebedingungen außerhalb der häuslichen Umgebung	247
4. Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich des Umgangs mit Sterbenden	252
5. Stationäre Hospiz-Einrichtungen	253
6. Sterbebegleitung in Krankenhäusern und Pflegeheimen	256
7. Ambulante Hospizdienste	258
8. Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger	261
9. Humanere Ausgestaltung des Sterbens in und außerhalb der häuslichen Umgebung	263
X. Würdigung der Beweisaufnahme	267
<b>Dritter Teil:</b>	
<b>Beschlußfassung und Antrag des Untersuchungsausschusses</b>	282
Angeschlossen	
Vom Untersuchungsausschuß abgelehnte Beschlußempfehlungen der Abgeordneten der SPD-Fraktion, der Fraktion GRÜNE und der FDP/DVP-Fraktion	287
<b>Anlagen</b>	297
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	360



## INHALT

<b>Erster Teil:</b>	Seite
<b>Formalien</b>	24
<b>I. Einsetzung und Auftrag des Untersuchungsausschusses</b>	24
1. Einsetzungsbeschluß	24
2. Rechtsgrundlage des Verfahrens	25
3. Mitglieder und Stellvertreter des Untersuchungsausschusses	25
4. Mitarbeiter	26
<b>II. Ablauf des Untersuchungsverfahrens</b>	26
1. Untersuchungshandlungen	26
2. Vereidigung	27
3. Informationen im Ausland	27
<b>Zweiter Teil:</b>	
<b>Feststellung und Würdigung des Sachverhalts</b>	28
<b>I. Prävention und Rehabilitation zugunsten älterer Menschen</b>	28
1. Begriffsbestimmung der Geriatrie	28
2. Prävention	29
a) Begriffsbestimmung	29
aa) Soziale Prävention	29
bb) Medizinische Prävention	29
(1) Primäre Prävention	29
(2) Sekundäre Prävention	29
(3) Tertiäre Prävention	30
(4) in der Geriatrie	30

	Seite
b) Interventionsmöglichkeiten	30
aa) Unspezifische Maßnahmen	30
(1) Altengerechte Wohnung	30
(2) Ernährung	30
(3) Sozialunterstützung	30
(4) Aktive Lebensführung	31
bb) Spezifische Maßnahmen	31
(1) Erkrankungen des Bewegungsapparates	31
(2) Herz-Kreislauf-Erkrankungen	31
(3) Atemwegserkrankungen	31
(4) Gerontopsychiatrische Erkrankungen (Primäre und vaskuläre Demenzen, Funktionelle psychische Störungen)	31
cc) Fazit	33
3. Rehabilitation	35
a) Begriffsbestimmung	35
aa) Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation	35
bb) Gesundheitsreformgesetz	35
cc) Geriatrich	36
b) Interventionsmöglichkeiten	36
aa) Kritik am wissenschaftlichen Erkenntnisstand in der Bundesrepublik Deutschland	36
bb) Allgemeine Rehabilitationsmaßnahmen	36
cc) Spezielle Rehabilitationsmaßnahmen	37
dd) Ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen (Ergotherapie)	37
4. Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen und für die Volkswirtschaft	38
a) Allgemeines	38
b) Berechnungen auf der Mikroebene	39
c) Kostenreduzierung auf der Makroebene	40
d) Kritik: Kosten-Wirkungs-Analysen	40
c) Vorhandener Finanzrahmen für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen	40
5. Geriatriche Qualifikation der Ärzte und des Pflegepersonals	41
a) Ärztliche Ausbildung	41
aa) Unzureichende geriatriche Kenntnisse in der ärztlichen Praxis	41

	Seite
bb) Fehlende Lehrstühle für Geriatrie und Gesundheitswissenschaften	41
cc) Mängel in der universitären Ausbildung	42
b) Ärztliche Weiterbildung	44
c) Ärztliche Zusatzqualifikation	44
d) Ärztliche Fortbildung	45
e) Ärztliches Konsilium	45
f) Ausbildung des Pflegepersonals	45
g) Weiterbildung des Pflegepersonals	46
h) Fortbildung des Pflegepersonals	46
6. Anzahl der in Präventions- und Rehabilitationsmedizin ausgebildeten Ärzte	47
7. Geriatrieversorgung in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	47
a) Versorgungslage	47
aa) Keine geriatrische Fachabteilungen in Akutkrankenhäusern	47
bb) Rehabilitationskrankenhäuser	48
cc) Kureinrichtungen	49
dd) Rehabilitative Funktionsbereiche in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern	50
ee) Erfahrungen	50
b) Bedarfsdeckung	51
aa) Auffassung der Landesregierung	51
bb) Haltung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg	51
cc) Haltung der Krankenkassen	51
dd) Kostenfrage	52
(1) Reduzierung von Krankenhausbetten	52
(2) Separierung der Rehabilitationseinrichtungen	53
c) Personalausstattung zur geriatrischen Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	55
aa) Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung	55
(1) Anhaltszahlen 1969	55
(2) Wirtschaftlichkeitsrichtlinien	56
(3) Sozialer Krankenhausdienst	56
(4) Bedarfsdeckung	57
(5) Richtwerte des Geriatriekonzeptes der Landesregierung	57

	Seite
bb) Pflegefallbereich der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser	58
cc) Anwendungsbereich des § 111 SGB V	58
d) Raumstandards für geriatrische Versorgungseinrichtungen	58
8. Finanzielle Förderung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen	59
a) Abgrenzung der Kostenträgerschaft	59
b) Ambulante Maßnahmen	59
aa) Vorsorgeleistungen nach der RVO	59
bb) Erweiterte Vorsorgeleistungen nach dem GRG	59
cc) Gewährleistung gleicher Präventionsleistungen	61
dd) Ärztliche Beratung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	61
c) Stationäre Maßnahmen	61
9. Konsequenzen für die ambulante und stationäre Versorgung	62
a) Integratives geriatrisches Gesamtkonzept	62
b) Modellversuch „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen“	63
c) Modellversuche zur Verbesserung der Rehabilitationschancen chronisch-psychisch Kranker	64
d) Geriatriekonzept der Landesregierung	64
aa) Diskussionsentwurf	64
bb) Grundsätze für den Ausbau der Versorgung	65
cc) Zielvorstellungen zur geriatrischen Versorgung	65
dd) Verbesserungsvorschläge	66
ee) Haltung des Landkreistages Baden-Württemberg	67
ff) Haltung des AOK-Landesverbandes	67
II. Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben	68
1. Allgemeines	68
2. Weiterbildung	69
a) Zielgruppenorientierte Bildungsangebote	69
aa) Mischung der Generationen	69

	Seite
bb) Inhaltliche und organisatorische Erfordernisse	69
cc) Besonderer Beratungsbedarf älterer Menschen	70
dd) Seniorenarbeit im ländlichen Raum	70
b) Fehlende Bildungsangebote	70
aa) Vorbereitung auf das Alter	70
bb) Fragen der Lebensführung	71
c) Nutzung der Bildungsangebote	71
3. Kunst und Kultur	72
4. Sport	72
a) Vorteile sportlicher Betätigung	72
b) Aktivitäten der Sportorganisationen	72
aa) Programme	72
bb) Seniorensportgruppen	73
cc) Förderung neuer Seniorengruppen	73
c) Neue Wege: Sport im Altenheim	73
5. Freizeitgestaltung	74
6. Ehrenamtliche Betätigung	74
a) Sozialer Bereich	75
b) Postprofessioneller Bereich	75
7. Angebote für bettlägerige und gehbehinderte Menschen	76
8. Möglichkeiten in stationären Einrichtungen	76
9. Angebote für ältere ausländische Mitbürger	77
10. Fördermaßnahmen	78
a) des Landes	78
b) der in der Altenarbeit tätigen Träger und Institutionen	78

III. Wohnen im Alter	79
1. Wohnsituation	79
a) Wohnformen	79
b) Wohnungsart	79
aa) Besitzverhältnisse	79
bb) Wohnungsgröße	80
c) Ausstattung der Wohnung	80
d) Fazit	81
2. Altengerechtes Wohnen	81
a) Begriffsbestimmung, Standards	81
b) Neuere Konzepte	82
aa) Behindertenfreundliche Normalwohnung	82
(1) Selbständigere Wohnformen	82
(2) Behindertenfreundliches Wohnquartier	83
(3) Behindertenfreundliche Wohnungsgestaltung	83
bb) Betreutes Wohnen	84
cc) Flexibles Heim	85
c) Fazit	85
aa) Ambulantes privates Wohnen	85
bb) Stationäres Wohnen	85
cc) Stärkere Integration der Planungsansätze	85
3. Maßnahmen zugunsten altengerechter Wohnungen	86
a) des Landes	86
aa) Förderprogramme	86
(1) Landeswohnungsbauprogramm 1989	86
(2) Landessonderprogramm 1989 zur Aufstockung des Landeswohnungsbauprogramms 1989	87
(3) Maßnahmen der städtebaulichen Erneuerung	88
(4) Landesmodernisierungsprogramm 1989	88
(5) Überwachung der zweckentsprechenden Ver- wendung gewährter Landesmittel	89
(6) Änderungsforderungen	89
bb) Sonstige Maßnahmen (Öffentlichkeitsarbeit, Aus- und Fortbildung)	90
b) der Städte und Gemeinden	91
aa) Bauleitplanung	91
bb) Sonstige Maßnahmen	91

	Seite
<b>IV. Geriatriisch-gerontologische Forschung</b>	<b>92</b>
1. Forschungseinrichtungen und Schwerpunkte der Forschung in Baden-Württemberg	92
2. Forschungsförderung des Landes	94
a) in der Vergangenheit	94
aa) Kritik	94
bb) Haltung des Ministers für Wissenschaft und Kunst	95
b) Neuere Aktivitäten der Landesregierung	96
aa) Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Altersforschung	97
bb) Einrichtung gerontologischer bzw. geriatrischer Lehrstühle	97
3. Entwicklungstendenzen	98
<b>V. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege</b>	<b>99</b>
1. Häusliche Pflege älterer Menschen	99
a) Allgemeines	99
b) Lebenssituation der pflegenden Angehörigen	100
aa) Zunehmende Isolation pflegender Angehöriger	100
bb) „Sandwich-Situation“ pflegender Frauen	100
cc) Familiäre Beziehungsprobleme	101
dd) Mangelnde Vorbereitung auf den Pflegefall („Mythos Familie“)	101
ee) Mangelnde Entlastung pflegender Angehöriger	102
c) Entwicklung der häuslichen Versorgungssituation	102
aa) Zunahme der Pflegefälle	102
bb) Veränderungen in den Familienstrukturen	102
cc) Zunehmende Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung	103
dd) Zunehmender Bedarf an pflegeergänzenden Hilfen	103
ee) Fazit	103
d) Situation älterer ausländischer Mitbürger	104
2. Begriffsbestimmung und rechtliche Rahmenbedingungen	105
a) Sozialhilferecht	105
b) Krankenversicherungsschutz	107

	Seite
c) Unfallversicherungsschutz	107
d) Arbeitsrechtliche Freistellung zur Pflege naher Angehöriger	107
e) Steuerrechtliche Entlastung	107
f) Leistungen nach dem Gesundheitsreformgesetz	108
aa) Urlaubspflege nach § 56 SGB V	108
bb) Häusliche Pflegehilfe nach §§ 55, 57 SGB V	109
3. Sozialstationen	109
a) Aufgaben	110
aa) Normative Festlegung	110
bb) Tatsächliches Leistungsangebot	110
(1) Krankenpflege	110
(2) Grund-, Haus- und Familienpflege	110
(3) Beratung pflegender Angehöriger	111
(4) Kurse in häuslicher Krankenpflege	111
(5) Angebote für ausländische Mitbürger	112
(6) Auswirkungen des GRG auf den Versorgungsbedarf	112
b) Ausstattung	113
aa) Personell	113
(1) Anhaltszahlen der „RL-Sozialstationen“	113
(2) Tatsächliche Ausstattung	113
(3) Künftige Personalausstattung	114
(4) Probleme der Personalgewinnung	114
(5) Geringe Attraktivität der Arbeitsbedingungen	115
bb) Räumlich und sächlich	116
c) Finanzierung	116
aa) Landesförderung	116
bb) Kommunale Förderung	118
cc) Leistungsentgelte	119
(1) der Krankenkassen	119
(2) der Leistungsempfänger	121
dd) Eigenmittel der Träger	121
ee) Auswirkungen der Tarifvereinbarung zum 1. August 1989	121
4. Ergänzende Dienste gemeinnütziger Einrichtungen	122
a) Leistungsangebote	122
b) Finanzierung	123
aa) Landesförderung	123



	Seite
bb) Leistungsentgelte	124
cc) Auswirkungen der Tarifvereinbarung zum 1. August 1989	125
c) Ausstattung	125
5. Privatgewerbliche Dienste	125
a) Allgemeines	125
b) Rechtliche Zulassungsvoraussetzungen	126
6. Kooperation und Koordination der Hilfsdienste	127
a) Koordinationsmängel	127
aa) Privatgewerbliche Dienste und Sozialstationen	127
bb) Sozialstationen und ergänzende Dienste gemeinnütziger Organisationen	127
cc) Kirchliche und nichtkirchliche Verbände	128
dd) Krankenhausbereich und ambulante Dienste	128
b) Verbesserungsvorschläge	128
aa) Konzeption der Liga der Freien Wohlfahrtspflege	128
bb) Konzeption der Stadt Stuttgart	129
cc) Konzeptionen der Landesregierung	130
dd) Exkurs: Die Frage nach der künftigen Verortung einer Koordinationsstelle	132
ee) Exkurs: Die Frage nach einem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag	133
VI. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	134
1. Begriffsbestimmung und rechtliche Rahmenbedingungen	134
a) Bundessozialhilfegesetz	134
b) Heimgesetz	134
aa) Anwendungsbereich	134
bb) Zuständigkeiten	135
cc) Instrumentarium der Heimüberwachung	135
(1) Anzeigevorbehalt und präventiver Erlaubnisvorbehalt	135
(2) Nachschau	135
(3) Beratung	136
(4) Anordnungsbefugnis	136
(5) Kritik zu cc)	137
(6) Kriterienkatalog	138

	Seite
dd) Heimmindestbauverordnung	139
ee) Heimsicherungsverordnung	139
ff) Heimmitwirkungsverordnung	139
(1) Bedeutungsgehalt des Mitwirkungsbegriffs	139
(2) Probleme in der Praxis	140
(3) Vertretung schwerstpflegebedürftiger und demen- ter Heimbewohner	140
(4) Gesetzesnovelle	141
2. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	142
a) Bettenkapazitäten	142
b) Bedarfsdeckung	142
c) Standortverteilung	142
d) Bedarfsentwicklung	143
aa) Landesweite Bedarfsvorausschätzung	143
bb) Umsetzung auf kommunaler Ebene	144
cc) Planungsunsicherheiten	144
(1) Bedarf an Altenpflegeplätzen	145
(2) Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen und betreuten Altenwohnungen	145
(3) Bedarfsdeckungsbeitrag freigewerblicher Heime	145
e) Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes auf den Bedarf an Kurzzeitplätzen	146
3. Finanzierung der Investitionen	147
a) Koordinierungsausschuß	147
b) Bauliche Ausstattung	148
c) Finanzierungsanteile	149
aa) des Landes	149
(1) Altenwohnheime und Altenheime	149
(2) Kurzzeitpflege- und Tagespflegeplätze	149
(3) Altenpflegeheime	149
(4) Fördervolumen in den Jahren 1987–1990	149
(5) Erhöhung der Landeszuschüsse	150
(6) Kummulative Förderdarlehen	151
bb) der Kommunen	151
(1) Allgemeines	151
(2) Forderung nach einheitlicher Förderpraxis	151
(3) Neuere Entwicklung	151
(4) Kommunale Förderung privatgewerblicher Ein- richtungen	152
cc) der Träger	152

	Seite
4. Finanzierung der Betriebskosten	153
a) Pflegekosten: Höhe der Tagessätze und ihre Folgen	153
aa) in Altenheimen	153
bb) in Altenpflege- und Tagespflegeheimen	153
cc) Quote der Sozialhilfeempfänger	153
dd) Maßnahmen zur Reduzierung der Pflegekosten	153
(1) Öffentliche Vollfinanzierung der Investitionen	153
(2) Stiftungsvertragsmodell	153
b) Pflegesätze für Einrichtungen der Freien Wohlfahrts- pflege	154
aa) Pflegesatzvereinbarung	154
(1) Anwendungsbereich	154
(2) Pflegesatzkommission	154
(3) Kriterien für die Festlegung der Pflegesätze	155
bb) Personalschlüssel bis zum 31. Dezember 1989	155
(1) Altenheim	155
(2) Altenpflegeheim	156
cc) Stufenweise Verbesserung des Personalschlüssels	156
(1) Altenheim	156
(2) Altenpflegeheim	156
(3) Wegfall des Schwerstpflegezuschlags	156
(4) Anrechnung der Pflegehilfskräfte	157
(5) Anrechnung der Altenpflegeschüler	158
(6) Das Junktim zur 2. Realisierungsstufe ab 1991	159
(7) Gewerkschaftliche Kritik zu cc)	159
dd) Finanzielle Auswirkungen der neuen Personal- schlüssel	160
(1) Gesamtkosten	160
(2) Verteilung auf Kostenträger und Selbstzahler	161
(3) Erhöhung der Pflegesätze	161
(4) Anstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger	162
c) Pflegesätze für privatgewerbliche Einrichtungen	162
aa) Abrechnungspraxis bis 31. Dezember 1988	162
(1) Vereinbarung des Landkreistages Baden-Würt- temberg mit dem „Verband privater Altenheime in Baden-Württemberg“	163
(2) Empfehlung der kommunalen Landesverbände und Landeswohlfahrtsverbände zugunsten des Verbandes „Freie Altenhilfe auf Bundesebene“ und des „Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime“	163
(3) Novellierungsbedarf	163
bb) Pflegesatzvereinbarungen seit 1. Januar 1989	163

	Seite
5. Medizinische Versorgung	165
a) Ärztliche Versorgung	165
aa) Freie Arztwahl	165
(1) Rechtliche und tatsächliche Gewährleistung	165
(2) Probleme	165
(3) Heimarztprinzip	168
bb) Durchführung ärztlich angeordneter Therapiemaßnahmen	169
cc) Verantwortlichkeiten	169
b) Versorgung mit Arzneimitteln	170
aa) Beschaffung	170
bb) Aufbewahrung und Vergabe	170
cc) Verbleib der Arzneimittel verstorbener Heimbewohner	171
c) Kontrolle durch die Gesundheitsämter	172
6. Pflegerische Versorgung	174
a) Tatsächliche Versorgungssituation	174
aa) Zunehmende Pflegeintensität	174
bb) Krankenhausähnlicher Zustand der Pflegeheime	175
cc) Personalmangel	175
b) Die durchschnittliche Betreuungszeit als Maßstab für den Versorgungsstandard	176
aa) Aussagewert von Zeitanalysen	176
bb) Rechnerische Betreuungszeit	177
(1) Personalschlüssel bis 31. Dezember 1989	177
(2) Personalschlüssel ab 1. Januar 1990	177
(3) Kritik an der rechnerischen Ermittlung	177
cc) Tatsächliche Betreuungszeit	177
c) Auswirkungen der neuen Personalschlüssel auf die Versorgungssituation	178
aa) Bewertungen	178
bb) Schwierigkeiten beim Vollzug des verbesserten Personalschlüssels	179
d) Menschenwürdige Versorgung	180
aa) Qualitätskriterien	180
bb) Zeitaufwand	181

	Seite
7. Teilstationäre Versorgung gerontopsychiatrisch kranker Menschen	183
a) Zielsetzung gerontopsychiatrischer Tagesstätten	183
b) Zielgruppe gerontopsychiatrischer Tagesstätten	184
c) Modellvorhaben in Heilbronn und Göppingen	185
aa) Betreuungskapazitäten	185
bb) Verweildauer	185
cc) Zuweisungs- und Entlassungszahlen	186
(1) Zuweisungszahlen	186
(2) Entlassungszahlen	186
dd) Krankheitsbilder	187
(1) Psychiatrische Diagnosen	187
(2) Somatische Diagnosen	187
(3) Multimorbidität	187
ee) Inhaltliche Gestaltung der Arbeit	187
(1) Strukturierung des Tagesablaufs	187
(2) Gruppenarbeit	187
(3) Medizinisch-pflegerische Maßnahmen	187
(4) Angehörigenarbeit	189
ff) Personal	189
(1) Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen	189
(2) Gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn	189
gg) Pflegesätze	190
(1) Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen	190
(2) Gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn	190
hh) Finanzierung	190
(1) Gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn	190
(2) Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen	192
(3) Finanzielle Beteiligung des AOK-Landesverbandes ab 1989	192
d) Bewertung des Modellvorhabens	193
aa) Erreichte Zielgruppe	193
bb) Betreuungserfolge	193
cc) Landesweiter Aufbau gerontopsychiatrischer Tagesstätten	195
(1) Haltung der Landesregierung	195
(2) Haltung des AOK-Landesverbandes	195
(3) Auffassung des ärztlichen Leiters der Klinik „Christophsbad“ (Göppingen)	196
(4) Problem des quantitativen Bedarfs	196

	Seite
VII. Situation des Pflegepersonals	198
1. Arbeitsbedingungen	198
a) Arbeitsbedingungen in der Altenhilfe – ein vernachlässigtes Thema	198
b) Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte	198
aa) Ungünstige Arbeitszeiten: Schichtarbeit, Nachtarbeit, Überstunden	198
bb) Körperliche Belastungen: Schweres Heben und Tragen	199
cc) Psychische Belastungen: Strukturelle Unzufriedenheit sowie Konfrontation mit Leid und Tod	199
dd) Gesundheitliche Folgen	200
ee) Fazit: Geringe Attraktivität der Pflegeberufe infolge schlechter Arbeitsbedingungen	200
c) Vorschläge zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe	201
d) Maßnahmen der Landesregierung	206
2. Rechtliche Rahmenbedingungen	206
3. Tarifvertragliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ab 1. August 1989	207
a) Allgemeines	207
b) Wesentlicher Inhalt der Tarifneuordnung	207
aa) Verbesserung der Eingruppierung	208
bb) Verbesserung des Bewährungsaufstiegs	208
cc) Einführung einer Schicht- und Wechselschichtzulage	208
dd) Verbesserungen bei der sogenannten Geriatriezulage	208
ee) Erhöhung der Zuschläge für Nacht- und Samstagarbeit	209
c) Bewertung	209
aa) Haltung der Landesregierung	209
bb) Haltung des Landkreistages Baden-Württemberg	209
cc) Haltung der Gewerkschaften ÖTV und DAG	210
dd) Haltung der Kostenträger	210
ee) Meinungen aus der Pflegepraxis	211

	Seite
4. Altenpflegeausbildung	212
a) Neuordnung der Altenpflegeausbildung	212
b) Ausbildungsvoraussetzungen	212
aa) Unterschiede in der Kranken- und Altenpflegeausbildung	212
bb) Zweckmäßigkeit eines Vorpraktikums	213
c) Ausbildungsinhalte	214
aa) Dauer und Gliederung der Ausbildung	214
bb) Praktische Ausbildung	214
(1) Probleme ausreichender Praxisanleitung	215
(2) Schaffung erforderlicher Praktikastellen	216
(3) Finanzierungsproblem der Praktikaesätze	217
cc) Theoretischer Unterricht	217
(1) Mangelnde Fächerabstimmung	217
(2) Vermittlung seelisch-geistiger Kompetenz	218
d) Altenpflegehelferausbildung	219
e) Altenpflegeschulen	220
aa) Bestand	220
bb) Entwicklung	220
cc) Finanzierung der Schulen	221
(1) in öffentlicher Trägerschaft	221
(2) in freier Trägerschaft	221
5. Einsatz von Zivildienstleistenden in der ambulanten und stationären Altenhilfe	222
a) Anzahl der Zivildienstleistenden	222
b) Aufgaben	223
c) Schulung der Zivildienstleistenden	223
d) Erfahrungen	223
e) Arbeitsbedingungen	224
VIII. Änderung der Bevölkerungsstruktur, finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter	225
1. Entwicklung der Gesamtbevölkerung	225
2. Entwicklung der älteren Bevölkerung	227
a) Bundesrepublik Deutschland	227
b) Baden-Württemberg	227
c) Europäisches Ausland	229

	Seite
3. Entwicklung des Frauenanteils	229
4. Entwicklung des Ausländeranteils	230
a) im Bundesgebiet	230
b) in Baden-Württemberg	231
5. Regionale Bevölkerungsstrukturverschiebungen	232
6. Entwicklung der Familienstrukturen	232
7. Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung	235
8. Entwicklung der Bildungssituation der älteren Bevölkerung	236
9. Finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter	236
a) Gegebenheiten	236
aa) Sozialversicherung	236
bb) Sozialhilfe	239
cc) Private Pflegeversicherung	239
b) Möglichkeiten	240
aa) Aufgabe der Solidargemeinschaft	240
bb) Pflegeversicherung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung	240
cc) Private Mindestpflichtversicherung für den Pflegefall	241
(1) Gesetzentwurf der Landesregierung	241
(2) Haltung der Kommunalen Landesverbände	242
IX. Humanes Sterben außerhalb der häuslichen Umgebung	244
1. Erkenntnisse über den Sterbeort älterer Menschen	244
a) Allgemeines	244
b) Verlegung todkrankter Patienten in Pflegeheime	244
c) Verlegung todkrankter Patienten in Krankenhäuser	245
d) Entlassung todkrankter Patienten vom Krankenhaus in ihre häusliche Umgebung	246
2. Wünsche und Bedürfnisse sowie Ängste und Einschätzungen älterer Menschen hinsichtlich ihres Sterbeortes	246



	Seite
3. Sterbebedingungen außerhalb der häuslichen Umgebung	247
a) Befragungsergebnisse	247
b) Äußere Bedingungen	248
aa) Räumliche Bedingungen	248
bb) Zweckorientierter Krankenhausbetrieb	249
c) Menschliche Bedingungen im Krankenhaus	249
aa) Kompetenz der Ärzte und des Pflegepersonals	249
bb) Kompetenz der Angehörigen	250
cc) Einstellung des Sterbenden	250
4. Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich des Umgangs mit Sterbenden	252
a) Ärztliche Ausbildung	252
b) Ärztliche Weiterbildung	252
c) Ausbildung des Pflegepersonals	252
d) Berufsbegleitende Fortbildung des Pflegepersonals	253
5. Stationäre Hospiz-Einrichtungen	253
a) Hospice-Care-Versorgungsangebote	253
b) Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland	254
c) Haltung der Kirchen zu stationären Hospiz-Einrichtungen	255
6. Sterbebegleitung in Krankenhäusern und Pflegeheimen	256
a) Angemessene Räumlichkeiten	256
b) Sterbebegleitung durch	256
aa) Angehörige	256
bb) Pflegepersonal	256
cc) Sozialdienst in den Krankenhäusern	257
dd) Krankenhausseelsorge	257
ee) Ehrenamtliche Sitzwachen	257
7. Ambulante Hospizdienste	258
a) Zahlreiche Initiativen	258
aa) Arbeitsgemeinschaft „Hospiz-Begleitung Sterbender und ihrer Angehöriger“, Stuttgart	258
bb) Hospiz-Initiative des DRK-Kreisverbandes Ludwigsburg	259
cc) Christophorus Haus, Frankfurt/Main	259
dd) Arbeitsgruppe „Zu Hause sterben“, Hannover	259
ee) OMEGA – Mit dem Sterben leben e. V., Hannover-Münden	260
ff) Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbegleitung e. V., Bingen/Rhein	260
b) Schulung der freiwilligen Helfer	260
c) Finanzierung der Hospizdienste	260

	Seite
d) Ergänzung der Hospiz-Initiativen in Baden-Württemberg	261
e) Sterbebegleitung durch Sozialstationen	261
8. Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger	261
9. Humanere Ausgestaltung des Sterbens in und außerhalb der häuslichen Umgebung	263
a) Vermeidung von Einweisungen und Verlegungen sowie Verkürzung der Aufenthalte in stationären Einrichtungen	263
b) Ambulante Schmerzbekämpfung	263
c) Einbeziehung von Angehörigen	265
aa) Präventive Aufgabe	265
bb) Pflichtaufgabe stationärer Einrichtungen	265
d) Sterbebegleitung in häuslicher Umgebung	266
X. Würdigung der Beweisaufnahme	267
1. Prävention und Rehabilitation	268
a) Prävention	268
b) Rehabilitation	268
2. Beteiligung am gesellschaftlichen Leben	269
3. Wohnen	270
4. Geriatriisch-gerontologische Forschung	271
5. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	271
a) Die Situation in der häuslichen Pflege	271
b) Sozialstationen und ambulante Dienste	273
c) Kooperation und Koordination von Sozialstationen und ambulanten Diensten	273
6. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	274
a) Bedarf, rechtliche Regelungen, Finanzierung	274
b) Medizinische und pflegerische Versorgung	276
c) Geronto-psychiatrische Tagesstätten	276
7. Situation des Pflegepersonals	277
8. Änderung der Bevölkerungsstruktur und finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit	279
9. Humanes Sterben	280

	Seite
<b>Dritter Teil:</b>	
<b>Beschlußfassung und Antrag des Untersuchungsausschusses</b>	282
<b>Angeschlossen:</b>	287
Vom Untersuchungsausschuß abgelehnte Beschlußempfehlungen der Abgeordneten	
A. der SPD-Fraktion und der Fraktion GRÜNE	
B. der FDP/DVP-Fraktion	
<b>Anlagen:</b>	
1. Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 26. Oktober 1988 zu Ziff. A des Untersuchungsauftrags	297
2. Verzeichnis der vom Untersuchungsausschuß gefaßten Beweisbeschlüsse	319
3. Liste der vernommenen Zeugen und Sachverständigen	343
4. Bericht über die Informationsreise des Untersuchungsausschusses vom 17. bis 19. Oktober 1990	351
5. Verzeichnis der zur Beweiserhebung beigezogenen schriftlichen Stellungnahmen, Literatur und sonstigen Unterlagen	357
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	360

## **Erster Teil:**

### **Formalien**

#### **I. Einsetzung und Auftrag des Untersuchungsausschusses**

##### **I. 1. Einsetzungsbeschluß**

Der 10. Landtag des Landes Baden-Württemberg hat in seiner 9. Sitzung am 8. September 1988 auf Antrag von 32 Mitgliedern der Fraktion der SPD – geänderte Fassung – (Drucksache 10/311) beschlossen (Plenarprotokoll 10/9, S. 387), gemäß Artikel 35 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg einen Untersuchungsausschuß einzusetzen, mit dem Auftrag, zu untersuchen,

##### **A.**

welche rechtlichen und verwaltungsmäßigen Regelungen von der Landesregierung und den fachlich zuständigen Landesbehörden für die ambulante und stationäre Altenpflege getroffen sind und wie diese Regelungen verwaltungsmäßig durchgeführt und ihre Einhaltung überwacht werden;

##### **B.**

I. die Einrichtungen sowie die Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation, um die Pflegebedürftigkeit im Alter möglichst zu vermeiden oder hinauszuschieben oder die notwendige Gesundheit wiederherzustellen;

II. die Gegebenheiten und Möglichkeiten für Bildung und Freizeit für ältere Menschen und der immateriellen Sorge für ältere Menschen;

III. die Wohnsituation und die städtebaulichen Ansätze für eine Verbesserung der Wohnraumsituation und der Versorgungssituation älterer Menschen in den Städten und in kleinen Gemeinden;

IV. Stand und Möglichkeiten der geriatrischen Forschung und deren Konsequenzen;

##### **C.**

die tatsächliche, notwendige, angemessene und wünschenswerte

a) personelle

b) finanzielle

c) räumlich-sächliche

Ausstattung – insbesondere unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung – sowie immaterielle Sorge um die älteren Menschen;

V. bei häuslicher Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen durch (in der Regel ältere) Familienangehörige und andere Personen sowie deren rechtliche und soziale Absicherung;

VI. in Altenwohnheimen und Altenheimen öffentlicher, gemeinnütziger sowie gewerblicher Träger;

- VII. in Altenpflegeheimen öffentlicher, gemeinnütziger sowie gewerblicher Träger;
- VIII. in geriatrischen und psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern, Psychiatrischen Anstalten und sonstigen Einrichtungen;
- IX. in Sozialstationen und anderen Betreuungseinrichtungen der ambulanten Altenhilfe und Altenpflege sowie in den von diesen betreuten Privatwohnungen, Altenwohnungen und Altenwohnhäusern;

D.

- X. die Situation des Pflegepersonals (ambulant und stationär) bei der Ausbildung und Fortbildung, im Beruf sowie deren rechtliche und soziale Absicherung einschließlich ehrenamtlicher Kräfte und Zivildienstleistender;
- XI. die Gegebenheiten und Möglichkeiten der finanziellen Absicherung der Pflegebedürftigkeit, die Entwicklungstendenzen der Altersstruktur in Baden-Württemberg und die sozialpolitischen Rahmenbedingungen (insbesondere Gesundheits- und Rentenreform und die Einkommensentwicklung der älteren Menschen);
- XII. die Möglichkeiten zur humaneren Ausgestaltung der Umstände und Gegebenheiten, unter denen ältere Menschen außerhalb der häuslichen Umgebung sterben müssen.

Der Untersuchungsausschuß wird beauftragt, dem Landtag über die Ergebnisse zu berichten und Vorschläge zu unterbreiten.

I. 2. Rechtsgrundlage des Verfahrens

ist das Gesetz über Einsetzung und Verfahren von Untersuchungsausschüssen des Landtags (Untersuchungsausschußgesetz – UAusschG) vom 3. März 1976 (GBl. S. 194), geändert durch Gesetz vom 12. Dezember 1983 (GBl. S. 834).

I. 3. Mitglieder und Stellvertreter des Untersuchungsausschusses

Nach den Vorschlägen der Fraktionen hat der Landtag am 28. September 1988 folgende Mitglieder und Stellvertreter gewählt:

Vorsitzender: Straub  
Stellv. Vorsitzender: Bebbler

Mitglieder:

CDU

Haas  
Hanke, Annemarie  
Hodapp  
Seimetz  
Straub  
Wieser

**SPD**  
Bebber  
Seltenreich  
Weinmann

**GRÜNE**  
Quis, Johanna

**FDP/DVP**  
Haag

Johanna Quis wurde am 3. Juli 1990 durch Abg. Dr. Schwandner abgelöst.

Stellvertreter:

**CDU**  
Mauz  
Östreicher  
Rebhan  
Dr. Repnik  
Reuter  
Scheuermann

**SPD**  
Hund  
Redling  
Solinger, Helga

**GRÜNE**  
Dr. Schwandner

**FDP/DVP**  
Dr. Döring

#### I. 4. Mitarbeiter

Dem Untersuchungsausschuß wurde Oberregierungsrat Dr. Karlin als wissenschaftlicher Mitarbeiter zugeordnet.

## II. Ablauf des Untersuchungsverfahrens

### I. Untersuchungshandlungen

Der Untersuchungsausschuß trat in öffentlichen und nichtöffentlichen Sitzungen bis zum 13. November 1990 insgesamt 33mal zusammen.

Der Ausschuß nahm in Augenschein

- am 17. November 1989 die gerontopsychiatrische Tagesstätte „Mönchseehaus“, Heilbronn,
- am 6. April 1990 die Altenhilfeeinrichtung Wilhelmshilfe e. V. in Süßen (Rems-Murr-Kreis),
- am 4. Mai 1990 die Sozialstation „Mannheim-Mitte“,
- am 5. Juli 1990 das Kreisaltenpflegeheim in Jestetten (Landkreis Waldshut),
- am 6. Juli 1990 das Kreisalten- und Pflegeheim in Waldshut-Tiengen

und vernahm jeweils anschließend in öffentlicher Sitzung 4 Zeugen im Rathaus der Stadt Heilbronn, 5 Zeugen im Rathaus der Gemeinde Süßen sowie 3 Zeugen und 2 Sachverständige im Rathaus der Stadt Mannheim.

Alle 21 Beweisanträge wurden – zum Teil geändert – zu Beweisbeschlüssen (Anlage Nr. 2) erhoben. Aufgrund dieser Beweisbeschlüsse wurden insgesamt 121 Zeugen vernommen sowie 19 Sachverständige (Anlage Nr. 3) angehört. Ferner wurden die in der Anlage Nr. 5 verzeichneten Berichte und sonstigen Unterlagen zur Beweisaufnahme beigezogen.

Ein Antrag auf Vorlage eines Zwischenberichts wurde mehrheitlich abgelehnt.

## 2. Vereidigung

Alle vom Untersuchungsausschuß vernommenen Zeugen und Sachverständigen blieben unvereidigt.

## 3. Informationen im Ausland

Der Untersuchungsausschuß informierte sich

- am 5. Juli 1990 in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Rheinau/Schweiz,
- am 17. Oktober 1990 im Trinity Hospice, London
- am 18. Oktober 1990 in der Altenhilfeeinrichtung „Egegarden“, Gemeinde Gladsaxe/Dänemark sowie in verschiedenen renovierten Altenwohnungen, Kopenhagen
- am 19. Oktober 1990 in der Wohnanlage „Sibelius Parken“, Gemeinde Rødovre/Dänemark

und erörterte mit Vertretern und Mitarbeitern der Einrichtungen mit dem Untersuchungsauftrag zusammenhängende Themen.

Hinsichtlich der wesentlichen Gesprächsergebnisse wird auf den als Anlage Nr. 4 beigefügten Reisebericht verwiesen.

## **Zweiter Teil:**

### **Feststellung und Würdigung des Sachverhalts**

#### **Vorbemerkung**

(Ziff. A. des Untersuchungsauftrags)

Mit Bericht vom 26. Oktober 1988 hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung bezüglich der in Ziffer A. des Untersuchungsauftrags aufgeführten Fragen dargelegt, welche rechtlichen und verwaltungsmäßigen Regelungen von der Landesregierung und den fachlich zuständigen Landesbehörden für die ambulante und stationäre Altenhilfe und Altenpflege getroffen sind und wie diese Regelungen verwaltungsmäßig durchgeführt und ihre Einhaltung überwacht werden.

Hinsichtlich der rechtlichen und verwaltungsmäßigen Regelungen im einzelnen wird auf diesen als Anlage Nr. 1 beigefügten Bericht verwiesen.

#### **I. Prävention und Rehabilitation zugunsten älterer Menschen**

(Ziff. B. I. und C. VIII. des Untersuchungsauftrags)

##### **1. Begriffsbestimmung der Geriatrie**

Entgegen einer weitverbreiteten Meinung ist nach Schlierf (Kommissionsbericht, S. 41) die Mehrzahl der älteren Menschen mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden und in der Lage, selbst bei Vorliegen von Behinderungen ihr Leben kompetent zu führen. Bei einer Minderheit, die mit zunehmendem Alter immer größer wird, finden sich allerdings erhebliche subjektive und/oder objektive Beeinträchtigungen der Gesundheit, für deren adäquate Betreuung spezifischer Kenntnisse („G e r i a t r i e“) erforderlich sind.

Nach der Begriffsbestimmung des Sachverständigen Dr. Große-Ruyken (P 5/2; ähnlich Sachverständiger Prof. Schlierf, P 9/39) bedeutet G e r i a t r i e bei einem ganzheitlichen Verständnis (in Anlehnung an die Definition von J. Williamson, Annals of Internal Med. 91 (1979), S. 774 ff.) die spezifischen Kenntnisse über klinische, psychologische und soziale Aspekte in der Behandlung von kranken alten Menschen, einschließlich der Kenntnisse über die Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation.

Aufgrund dieses die „Prävention und Rehabilitation zugunsten älterer Menschen“ umfassenden Begriffsverständnisses der Geriatrie werden im folgenden (vgl. unter I. 2.–9.) die Untersuchungsergebnisse zum Auftrag Ziff. B. I. im Zusammenhang mit den Ergebnissen zur „stationären geriatrischen Versorgung“ (= Untersuchungsauftrag Ziff. C. VIII.) dargestellt.



## 2. Prävention

### a) Begriffsbestimmung

Der Bedeutungsgehalt der „Prävention“ ist in medizinischer und sozialer Hinsicht zu unterscheiden:

aa) Bei der sozialen Prävention geht es in den Worten der Zeugin Barbara Schäfer (P 6/5) „darum, für alte Menschen die soziale Integration zu erhalten“.

Präventiv wirken deshalb die Sozialstationen und die mobilen sozialen Dienste (vgl. hierzu die Darstellung unter V. 3.–5.),

„weil sie helfen, daß ältere Menschen zu einem möglichst späten Zeitpunkt auf Fremdhilfe angewiesen sind, daß sie eben so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“ (so Zeuge Oswald, P 6/72; ebenso Zeugin Barbara Schäfer, P 6/55).

Auch leisten alle Maßnahmen, die die „Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben“ fördern (vgl. hierzu die Darstellung unter II.), einen bedeutenden (sozial-)präventiven Beitrag.

bb) In medizinischer Hinsicht ist nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Beischer (P 3/192, 194) wie folgt zu differenzieren:

– Prävention gegen die sog. Involution im Alter (= Rückentwicklung der Organfunktionen) als physiologischem Vorgang.

Durch körperliche und geistige Aktivität („Brain jogging“) kann dem Nachlassen der Organfunktionen entgegengewirkt werden.

– Prävention gegen Krankheit im Alter als pathologischem Vorgang, wobei es „keine spezifischen Alterskrankheiten, aber solche, die im Alter besonders häufig auftreten“ gibt. Die Krankheiten im Alter weisen zwei entscheidende Charakteristika auf:

– Chronizität, d. h. sie werden den Betroffenen bis zu seinem Tod begleiten;

– Multimorbidität, d. h. es kommt nicht nur eine Erkrankung vor, sondern gleichzeitig entstehen mehrere und (potentiell mehrere) chronische Erkrankungen. In der Multimorbidität bei alten Menschen sieht der Sachverständige Prof. Stauch (P 5/26; ebenso Sachverständiger Prof. Schlierf, P 9/39) die Unterscheidung zwischen der Geriatrie und der allgemeinen Medizin.

Der Sachverständige Prof. Schlierf (P 9/47) wies klarstellend darauf hin, daß von der Gesamtzahl der stationär behandelten älteren Patienten nur ein geringer Anteil multidisziplinär behandelt oder betrachtet werden. „Problem des Geriaters sind die 15 % der Älteren, die bereits krank sind, wenn sie 60 oder 65 sind, also die Durchblutungsstörungen oder Bewegungsstörungen oder auch schon Hirnleistungsstörungen haben und dann noch zusätzlich „Alterskrankheiten“ hinzukommen“, erläuterte der Sachverständige.

Konventionell wird Prävention wie folgt unterschieden:

(1) Primäre Prävention als Gesundheitsförderung und -vorsorge implementiert die Verhinderung von Risikofaktoren bereits im Kindes- und Jugendalter.

(2) Sekundär bedeutet, daß bereits ein Schaden erkennbar ist und dem voraussichtlichen Eintritt der Erkrankung vorgebeugt wird, beispielsweise daß es nicht zum Schlaganfall kommt, obwohl der hohe Blutdruck und/oder der gestörte Fettstoffwechsel bekannt sind. Im Sinne der sekundären

Prävention ist die durch das GRG in § 107 Abs. 2 Ziff. 1 a SGB V eingeführte Legaldefinition der „Vorsorge“ gefaßt worden.

(3) Tertiäre Prävention bedeutet nach Keil (Präventivmedizin, S. 89 ff.), daß nach erfolgten Krankheitsereignissen jetzt vorbeugend eine erneute Erkrankung verhindert und eine weitgehende Wiederherstellung von Kompetenz und Autonomie des kranken Älteren erreicht wird. Angesichts ihres fließenden Übergangs in die Rehabilitationsphase setzte der Sachverständige Prof. Österreich (P 9/18) die tertiäre Prävention mit der Rehabilitation gleich.

(4) Prävention in der Geriatrie bedeutet demnach weniger das Einwirken auf etablierte Risikofaktoren im klassischen Sinne (Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Übergewicht), sondern die Vorbeugung bezüglich des Schlimmerwerdens, der akuten Entgleisung bestehender Gesundheitsstörungen und das Erkennen von Behinderungen im weitesten Sinne, die solche Entgleisungen einleiten (Meier-Baumgartner, Therapeutische Umschau 38 (1981), S. 60).

#### b) Interventionsmöglichkeiten

„Wissenschaftlich beweiskräftige oder mit genügender Evidenz versehene Erfahrungen richten sich vor allen Dingen auf die

aa) un spezifischen Maßnahmen“ (Sachverständiger Prof. Schwartz, P 5/125; in Anlehnung an die Auflistung bei Lehr, „Interventionogerontologie“, S. 14). Diese unspezifischen Maßnahmen beziehen sich auch auf die Grundbereiche

(1) altengerechte Wohnung (vgl. hierzu die Darstellung unter III.).

(2) Ernährung: „Die gemischte Ernährungslage, wie sie heute in nahezu allen westlichen Staaten sich immer mehr einer Art Standard annähert, bietet im Prinzip gute Voraussetzungen für alte Leute. Allerdings sind aufgrund der Daten des deutschen Ernährungsberichts über 1980 Defizite für einzelne Teilgruppen von alten Menschen zu beobachten, die sich teilweise unterkalorisch ernähren, teilweise zu wenig Eiweiß oder bestimmte Vitamine zu wenig zu sich nehmen und auch zu wenig trinken. Diese Defizite scheinen häufiger zu sein bei sozial schwachen Gruppen von Alten und bei sozial einsam gewordenen.“

Der Sachverständige Dr. Schwartz kritisierte, daß die Ernährungsberatung durch die niedergelassenen Ärzte „selten und jedenfalls nicht systematisch“ stattfindet und die Ärzte in den erforderlichen Motivationsvermittlungstechniken nicht ausgebildet werden (P 5/127).

(3) Sozialunterstützung: „Beziehungen verwandtschaftlicher, freundschaftlicher sowie nachbarschaftlicher Art spielen hier eine wesentliche Rolle, wobei sie nicht unbedingt generationenübergreifend sein müssen. Es genügen auch gute Beziehungen gerade innerhalb der gleichen gewohnten Bezugsgruppe“ (P 5/127), um die Fähigkeit zur Selbstversorgung im hohen Alter zu erhalten, der Wahrscheinlichkeit einer Heimunterbringung sowie einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit, besonders der Depressionshäufigkeit, entgegenzuwirken (Häfner, Psychische Gesundheit im Alter, S. 94).

Nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Schwartz (P 5/126) haben ausländische Studien gezeigt, daß die Lebens- und Gesundheitserwartung der alten Menschen von den vorgenannten Gegebenheiten (1)–(3)

direkt abhängen. Daß die Sterblichkeit und auch die Krankheitshäufigkeit sehr eng mit der sozialen Stellung verbunden seien, habe auch eine Studie für den Bereich der Stadt Stuttgart gezeigt. Die international vergleichbaren Ergebnisse hätten u. a. ergeben, daß die Sterblichkeit bei Männern unter 70 Jahren in der sozial niedrigsten Stufe dreimal höher sei als etwa in der gehobenen Stufe der leitenden Angestellten oder freien Berufe, und daß auch wichtige Krankheiten, wie etwa Krebs, etwa in der Größenordnung dreimal häufiger vorkämen im Alter unter 70 Jahren (P 5/141). „In den Dimensionen der Sozialmedizin“ gesprochen, „kommt es darauf an, daß in einer Gesellschaft diese genannten Güter relativ gleichmäßig verteilt bleiben“, folgerte der Sachverständige (P 5/140).

(4) Aktive Lebensführung: Ein günstiger Einfluß auf die seelische Gesundheit im höheren Lebensalter, insbesondere auf das Depressivitätsrisiko, kann nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Häfner (P 8/118 f.) „als nachgewiesen gelten . . . Sportliche Aktivitäten, aber auch Trainingsmaßnahmen zur psychischen und geistigen Leistungsfähigkeit sind von präventivem Wert. . . . Jüngere Studien lassen erkennen, daß ältere Menschen im Durchschnitt noch über Leistungsreserven verfügen, sowohl im kognitiv-psychischen als auch im körperlichen Bereich, was weit über das hinausgeht, was die Medizin bisher angenommen hat“.

bb) Spezifische Maßnahmen („Spezialprophylaxen“) kommen für ganz bestimmte medizinische Krankheitszustände in Betracht:

(1) Degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparats, die ab dem mittleren Lebensalter eine zunehmende Rolle spielen, kann am besten durch regelmäßige, aber nicht überlastende Bewegung sämtlicher großer Gelenke in allen Altersstufen präventiv begegnet werden.

(2) Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Präventive Reduktion des manifesten Bluthochdrucks muß spätestens dann ansetzen, wenn sich eine Hypertonie eingestellt hat. Bei gering- und mittelgradigen Bluthochdruckerkrankungen kommen nichtspezifische Beeinflussungsformen der Ernährung und der Entspannungstechniken, sog. Biofittechniken in Frage, die auch für einfache Menschen erlernbar sind. Die medikamentöse Beeinflussung von Blutfett hat zwar einen präventiven Charakter in bezug auf Kreislauf-erkrankungen, jedoch keinen präventiven Charakter in bezug auf vorzeitige Sterblichkeit und kann deshalb nach Auffassung des Sachverständigen Dr. Schwartz nicht empfohlen werden (P 5/132).

(3) Atemwegserkrankungen: Das Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für die Atemwege. Dieser Bereich erhält zunehmende Bedeutung, weil seit 1968 das Rauchen der Frauen in der Bundesrepublik um 70 % zugenommen hat und parallel hierzu die Lungenkrebse ebenfalls um 70 % steigen (P 5/132).

(4) Gerontopsychiatrische Erkrankungen: An erster Stelle stehen die Demenzen und die funktionellen psychischen Störungen, wie Depressionen, Angstzustände, Neurosen usw.

#### Demenzen

Demenz ist nach Aussage des Sachverständigen Prof. Häfner (P 8/104 f.) wegen seiner Häufigkeit (Anzahl der Erkrankten = 1 % der Gesamtbevölkerung) und des exponentiellen Anstiegs mit dem Lebensalter (= Verdoppelung alle 5,1 Jahre)

„das größte Problem psychischer Gesundheit im höheren Lebensalter.

... Unter Demenz versteht man grundsätzlich eine erhebliche Beeinträchtigung der Großhirnfunktionen, in der Regel einen fortschreitenden Verlust funktionsfähiger Nervenzellen im Gehirn. Demenz beginnt mit Einbußen des Gedächtnisses und kognitiver Leistungen, führt über Einbußen der Sprache, der Orientierungsfähigkeit und anderer höherer psychischer Funktionen allmählich zum Verlust einfacher Fertigkeiten, etwa der Blasen- und Mastdarmkontrolle. Der Tod tritt nach etwa 6 bis 8, manchmal auch 10 Jahren, meist durch eine interkurrente Erkrankung, etwa eine Harnwegsinfektion oder Lungenentzündung usw., ein."

Die Ursachen der Altersdemenz gehen zu rund 60 % auf die sog. primäre Demenz vom Alzheimer sowie zu rund 20 % auf die vom vaskulären Typ und zum Rest auf beide Ursachen oder als sekundäre Demenz auf eine Vielfalt anderer Ursachen zurück (P 8/105).

Zu den Ansatzpunkten der „Morbus-Alzheimer“ erklärte der Sachverständige Prof. Häfner (P 8/108):

„Der Alzheimer'schen Erkrankung liegt ein fortschreitender Untergang von Nervenzellen im Gehirn zugrunde. Der Zelltod wird wahrscheinlich durch die Anhäufung eines wasser- und fettunlöslichen kleinen Polypeptids, des Amyloids A4, verursacht, das durch den Bruch eines größeren, in der Zellmembran liegenden Vorläuferproteins, des Prä-A4 entsteht. Dieses für die Funktion der Nervenzelle wichtige Amyloidprotein wird von einem auf dem Chromosom 21 (Anm.: im Band Q 11–Q 21) gelegenen Gen codiert. Es gibt erste Hinweise darauf, daß Reparationsenzyme einen Einfluß auf im Alter zunehmende Defizite in der Transkription und Translation dieses Gens bzw. des Amyloidproteins haben.“ Unter Hinweis auf die Bedeutung der Trisomie des Chromosoms 21 als genetischer Grund für den Mongolismus meinte der Sachverständige Prof. Häfner (P 8/108), daß „wir mit der molekularbiologisch-genetischen Forschung wahrscheinlich die größten Hoffnungen haben, Ansatzpunkte (Anm.: für mögliche präventive Maßnahmen) zu finden.“

Zur neurobiologisch-biochemischen Forschung, die dem Mangel an Neurotransmittern, insbesondere dem Azetylcholin als Überträgersubstanz, nachgeht, wird auf die Drucksache 10/1334 verwiesen. Der „entscheidende Durchbruch zur Aufklärung der biochemischen Vorgänge“ ist nach Häfner (Psychische Gesundheit, S. 108) in den nächsten 10 bis 20 Jahren zu erwarten.

Der Sachverständige (P 8/109) sah in der Förderung dieser beiden Gebiete „etwas außerordentlich Bedeutsames“, um letztlich zu präventiven Interventionsmöglichkeiten zu gelangen. Angesichts der Notwendigkeit größerer Investitionen mit langfristiger Nutzung, insbesondere dem Einsatz funktionsanalytisch-bildgebender Verfahren (PET und NMR) „kann Forschung auf dem Gebiet nur in großen interdisziplinären Instituten betrieben werden ... Da hat Baden-Württemberg günstige Voraussetzungen.“

Die Wichtigkeit bildgebender Verfahren für die Prävention unterstrich er mit dem Hinweis auf eine Schädel-Computertomographie-Studie mit 900 als dement in sein Institut eingewiesenen Kranken, von denen 5 % behandlungsbedürftige Erkrankungen im Schädelinnern, wie Tumoren oder Blutungen, aufwiesen (P 8/105).

Andere Ursachen der Alzheimer'schen Demenz schloß der Sachverständige aus (a. a. O.): „Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Aluminium im Trinkwasser oder Aluminiumspeichern im Körper und Alzheimer'scher Demenz. Es gibt keinen Hinweis, daß eine Viruserkrankung oder andere Mineralstoffe oder Toxine die Krankheit verursachen würden. Auch der chronische Alkoholmißbrauch ist kein erkennbarer Risikofaktor.“

Die vaskuläre Multiinfarktdemenz wird am häufigsten durch Arteriosklerose der Hirngefäße verursacht (P 8/110). Vorbeugung ist hier möglich, sowohl auf der Ebene der Sekundärprävention durch Frühbehand-

lung von Infarkten sowie durch rasch einsetzende Rehabilitation, „etwa Sprachtraining bei Aphasien oder Gedächtnis- und kognitives Training bei Leistungseinbußen in diesen Funktionsbereichen und physiotherapeutische Behandlung bei Lähmungen“, als auch der Primärprävention. Während der Sachverständige Prof. Schwartz (P 5/130) über eine unspezifische Kreislaufprävention (= Vermeidung von Bluthochdruck) die maßgeblichen Erkrankungsursachen zu reduzieren glaubt, ist nach Auffassung von Prof. Häfner (P 8/110 ff.) umfassender den Grundleiden der allgemeinen Arteriosklerose vorzubeugen, etwa dem Nikotin- und Alkoholabusus, dem hohen Serumcholesterin- und Blutfettspiegel, der Zuckerkrankheit sowie dem chronischen Bluthochdruck.

Soziale Bedingungen, wie Familienstand oder Berufsstatus, sind aufgrund der vorliegenden Forschungsdaten keine Risikofaktoren für Demenz (P 8/114). „Zuverlässige Hinweise, daß Aktivität und Intensität geistiger Leistung das Erkrankungsrisiko an Demenz mindern könnten, gibt es bisher auch nicht,“ erklärte Prof. Häfner (P 8/114).

#### Funktionelle psychische Störungen

Etwa die Hälfte aller psychischen Störungen jenseits des 65. Lebensjahres sind sog. funktionelle psychische Störungen, deren Häufigkeit im höheren Lebensalter entweder leicht abnimmt oder konstant bleibt. Besondere Bedeutung kommt der Frühbehandlung depressiver Zustände wegen des Chronifizierungs- und Rückfallrisikos zu.

Mit „medikamentösen Mitteln, die sowohl Therapie, wie Antidepressiva, als auch Prävention, Lithium und Carbamazepin, ermöglichen“ sowie mit psychologischen Methoden können „ein wesentlicher Teil von Angstzuständen und relativ-depressiver Syndrome erfolgreich behandelt und das Rückfallrisiko deutlich vermindert, wahrscheinlich überhaupt Angstbereitschaft und Depressionshäufigkeit gesenkt“ werden, faßte der Sachverständige Prof. Häfner (P 8/116) den derzeitigen Wissensstand zusammen. „Einer erfolgreichen Anwendung dieses Verfahrens“ stehen seiner Meinung (a. a. O.) noch im Wege: Erstens, daß „die Prüfung an Alten noch nicht hinreichend erfolgt ist“ und zweitens, daß die Ausbildung in Psychotherapie in der Bundesrepublik vorwiegend auf dem tiefenpsychologischen Paradigma betrieben wird, das „für die Erklärung der Entstehung psychischer Störungen im höheren und hohen Lebensalter weitgehend ungeeignet ist. . . . Hier ist in der Tat eine Weichenstellung erforderlich.“

cc) Als Fazit läßt sich mit dem Sachverständigen Dr. Große-Ruyken (P 5/3) festhalten, daß „es durch rechtzeitige präventive Bemühungen möglich ist, die unabdingbaren Krankheiten und Behinderungen des Alters auf einen sehr engen Zeitraum kurz vor unserem natürlichen Ableben zu komprimieren“. Dies ergibt sich auch aus einem Blick auf die Krankheits- und Todesursachen, die in der Statistik die ersten neun Ränge einnehmen:

Todesursache	beeinflußbarer Risikofaktor	Anteil
1. Koronare Herzkrankheit	Rauchen, Ernährung, Streß, Bewegungsmangel	54 %
2. Krebs	Rauchen, Ernährung, hoher Fettgehalt, niedriger Ballaststoffgehalt	37 %
3. Schlaganfall	Bluthochdruck, Ernährung	50 %
4. Unfälle	Alkohol, Sitzgurt	69 %
5. Chron. Lungenkrankheiten	Rauchen	30 %
6. Pneumonie	Alkohol, Rauchen	23 %
7. Diabetes	Übergewicht	34 %
8. Leberzirrhose	Alkohol	70 %
9. Selbstmord	Alkohol, seelische Belastung	60 %

Nach Angaben des Sachverständigen sind 51 % aller Krankheitsursachen durch eigenes Fehlverhalten im Lebensstil verursacht, 23 % durch Umwelteinflüsse entstanden und nur 16 % unterliegen der genbedingten Vorbestimmung.

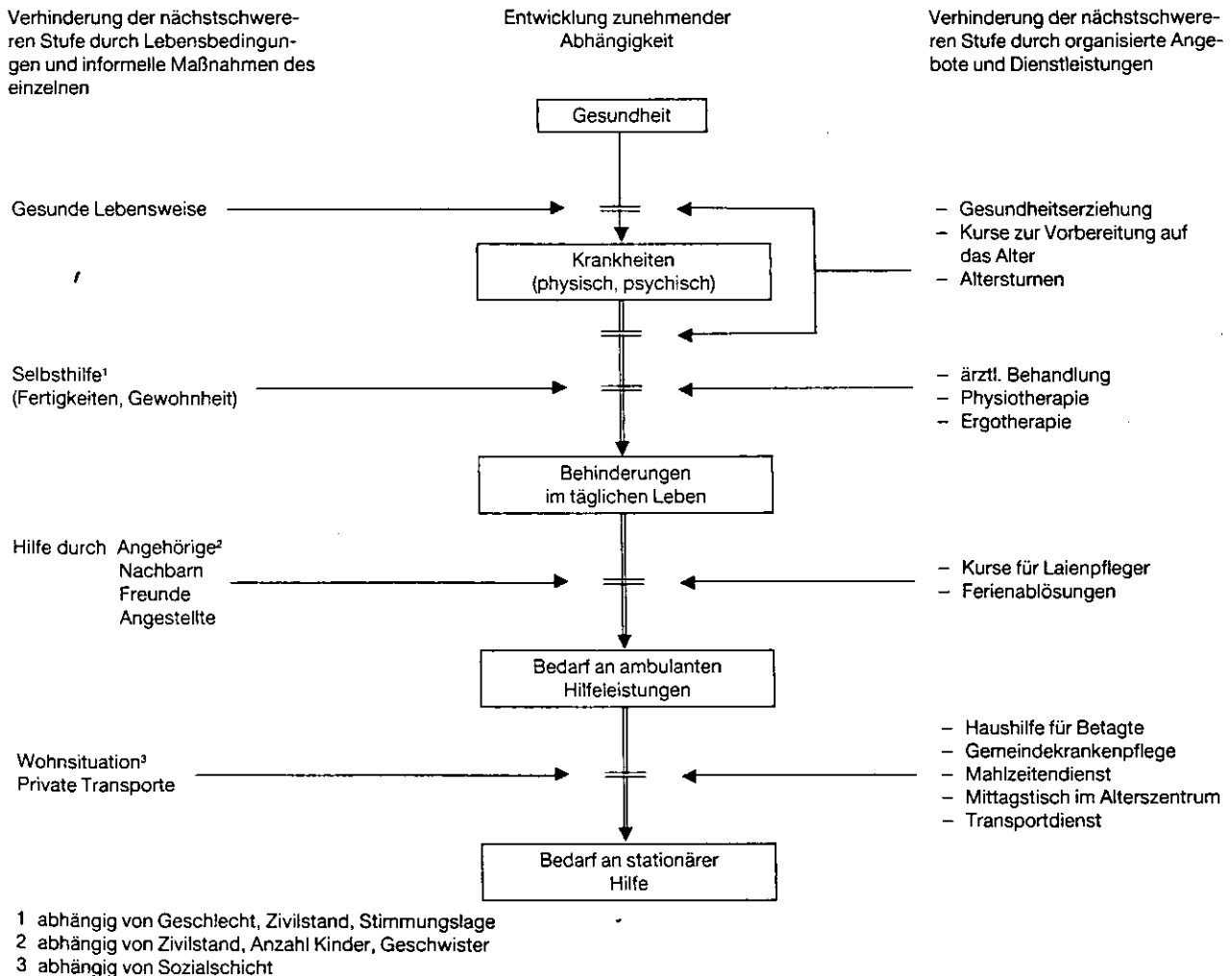
Ferner haben Studien gezeigt, daß eine Vermeidung der Risikofaktoren und ein aktives Leben auch im Alter die Lebenserwartung deutlich erhöhen und einen vorzeitigen Tod verhindern. Auch wird geschätzt, „daß ca. 30 % der bösartigen Neubildungen, mindestens 50 % der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ca. 20 % der Erkrankungen der Atemwege und der Verdauungsorgane und der natürlichen Unfälle vorbeugenden Maßnahmen zugänglich seien“, ergänzte er (P 5/3).

Diese Ergebnisse sind nach den Bekundungen des Sachverständigen Dr. Große-Ruyken (a. a. O.) – jedenfalls der Tendenz nach – durch die in Wiesloch-Eberbach erprobte Aktion „Kommunale Prävention“ bestätigt worden, bei der gegen die in der Todesursachenstatistik die ersten sieben Ränge einnehmenden Krankheiten vorbeugend vorgegangen wurde. Die dabei über den Zeitraum von zehn Jahren erhobenen Daten zeigten, daß es möglich ist, die Risikofaktoren, die gerade für chronische Alterskrankheiten verantwortlich sind, zu minimieren. So hat in diesem Zeitraum die Zahl der Raucher von 40 % auf 28 % zurückgedrängt und das Cholesterin von durchschnittlich 265 mg/dl auf 210 mg/dl 54 % gesenkt werden können. Die Landesärztekammer führt nunmehr seit zwei Jahren ein landesweites Vorsorgeprogramm auf dem Boden der erprobten „Kommunalen Prävention“ durch.

Vorstehende empirische Daten zeigen, daß der medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand den Erfolg (oder Mißerfolg) präventiver Interventionen nicht alleine bedingt. Eine ganz entscheidende Rolle spielt hierbei auch das Bewußtsein der Bevölkerung. In den Worten des Zeugen Hummel (P 7/34) ausgedrückt:

„Prävention muß zuerst einmal gewollt werden, muß bewußt werden. Und da muß ich eigentlich sagen, daß wir ein großes Handicap haben. Ältere Leute . . . wollen eigentlich nicht älter werden, also verdrängen dieses Bewußtsein (Anm.: ähnlich der Sachverständige Dr. Boll, P 3/180). Und infolgedessen ist es schwierig, interessante, wichtige Präventionsangebote überhaupt anzubringen. Es ist nicht ganz leicht, die Menschen, die es eigentlich angeht, zu erreichen . . . Das ist ein gesellschaftspolitisches Gesamtproblem und eine erzieherische Aufgabe.“

Bereiche, wo präventive Interventionsmöglichkeiten besonders bedeutsam werden, lassen sich als theoretischer Rahmen anschaulich mit folgender Tabelle nach Albin und Schlettwein-Gsell (Schweiz. Med. Wchr. 116 (1986), S. 1524 ff.) darstellen:



### 3. Rehabilitation

#### a) Begriffsbestimmung

aa) Das „Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation“ (BGBl. I 1974, 1881) definiert die Aufgabe der Rehabilitation mit der Zielrichtung „körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern“. Rehabilitation wird deshalb allgemein in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Rückkehr ins Erwerbsleben gesehen (Sachverständige Prof. Beischer, P 3/191; Dr. Mohr, P 5/69).

bb) Mit dem GRG hat Rehabilitation in § 107 Abs. 2 Ziff. 1 b SGB V die – weitergehende – Legaldefinition erhalten:

„... eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern

oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (Rehabilitation).“

cc) Für den Bereich der Geriatrie kann Rehabilitation schlagwortartig bezeichnet werden als „Wiederherstellung der Lebenstüchtigkeit“ (Sachverständiger Prof. Beischer, P 3/192) oder nach der Sachverständigen Dr. Schröder (P 3/148) durch den Begriff der „Readaption“ abgelöst werden. Entsprechend dem französischen Wortsinn definierte sie Readaption als „die Wiederanpassung an das gewohnte Leben durch weitmögliche Funktionsverbesserung und Motivation zur Wiedererlangung verlorengegangener Funktionen, um eine weitestgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu erreichen“.

#### b) Interventionsmöglichkeiten

##### aa) Kritik am Erkenntnisstand der Wissenschaft in der Bundesrepublik

Für die Bundesrepublik Deutschland sind relativ wenige Daten in der Rehabilitation von erkrankten älteren Menschen vorhanden (Sachverständiger Dr. Leutiger, P 3/118). Auch ist die wissenschaftliche Rehabilitationsmedizin in der Bundesrepublik nach Einschätzung der einschlägigen deutschen Fachgesellschaften zahlenmäßig so schlecht besetzt, daß „man von daher im Moment keine großen Impulse erwarten darf“ (Sachverständiger Prof. Schwartz, P 5/136). In den besonderen methodischen Problemen bei der Analyse von Interventionsstrategien sieht Lehr (Interventionsgerontologie, S. 21) den wesentlichen Grund dafür, daß „allein die Praktiker auf dem Wege des ‚trial and error‘ wertvolle Erfahrungen sammeln und Techniken entwickeln, die manchem älteren Menschen in seiner Situation zu einem größeren Wohlbefinden verhelfen – Techniken, deren Generalisierbarkeit aber in Frage zu stellen ist“.

Der Sachverständige Prof. Beischer (P 3/200) bekundete, daß nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und seinen täglichen persönlichen Erfahrungen ein „hohes Ausmaß der Trainierbarkeit und der Heilungspotenzen auch beim alten Menschen“ besteht. Der Umfang des Erfolgs ist jedoch nicht pauschal festlegbar, da er von der Persönlichkeit des Menschen, von seinen Lebenserfahrungen, von den sozialen Umständen und von der Art der Krankheiten des alten Menschen abhängt. Auch ist die Lebenstüchtigkeit bei alten Menschen in besonderem Maße gefährdet durch ein Zusammentreffen von Involution und Krankheit, insbesondere durch die Chronizität der Krankheiten, durch die Multimorbidität und durch die Möglichkeiten der Wechselwirkungen im Rahmen dieser Multimorbidität.

Selbst wenn aufgrund des „persönlichen Altseins und Altwerdens“ nur von Fall zu Fall zu übersehen ist, was für einen alten Menschen an Rehabilitation in Frage kommt (Sachverständige Dr. Schröder, P 3/153), sind nach Prof. Beischer (P 3/196) Rehabilitationsmaßnahmen zu unterscheiden, nämlich im Rahmen der allgemeinen Rehabilitation und der speziellen Rehabilitation:

##### bb) Allgemeine Rehabilitationsmaßnahmen

Allgemeine Rehabilitation „bedeutet von Beginn der Erkrankung an dringend erforderliche Rehabilitation für jeden kranken alten Menschen in jedem Krankenhaus mit Schwerpunkt Geriatrie und letztlich auch in jeder Inneren Abteilung“. Wichtigste Maßnahme ist hierbei eine **a k t i v i e r e n d e P f l e g e**. Das bedeutet Pflege, „die nicht nur die Bedürfnisse stillt, sondern die den Patienten selber einbaut mit seinen Möglichkeiten und ihm damit das Gefühl gibt: Ich bin noch wer, ich bin nicht vergessen und verlassen“ (a. a. O., S. 197). Insgesamt erfordert der Heilungsprozeß



bei alten kranken Menschen mehr Geduld und damit ein Umdenken in der Medizin, wo heute die Verweiltage im Krankenhaus immer mehr sich kürzen und immer mehr nur Apparatedizin betrieben wird (a. a. O., S. 200).

Ebenso wie der Sachverständige Prof. Schwartz (P 5/134) vertrat der Sachverständige Prof. Stauch (P 5/29, 33) die Auffassung, daß die klinischen Wirkungen im Prinzip auch im Rahmen geriatrischer Tageskliniken möglich seien. Es müsse möglich sein, eine Rehabilitationseinheit in einem größeren Akutkrankenhaus lediglich als Tagesklinik einzurichten.

#### cc) Spezielle Rehabilitationsmaßnahmen

Spezielle Rehabilitation ist die auf bestimmte Krankheiten besonders ausgerichtete Rehabilitation, wie sie beispielsweise in sog. Reha-Kliniken für Patienten mit Diabetes oder Schlaganfall angeboten wird.

Insbesondere die Behandlung von Schlaganfällen in Spezialabteilungen führt sehr viel häufiger zur Kompetenz bei Entlassungen als in Allgemein- bzw. Akutkrankenhäusern (Schütte/Summa/Platt, Zeitschrift für Gerontologie 17 (1984), S. 214 ff.).

Die Sachverständige Dr. Schröder (P 3/149 f.) berichtete über eine von ihr angefertigte wissenschaftliche Untersuchung über die Situation von rund 1 500 Patienten, die im Rehabilitationskrankenhaus Welzheim eine etwa sechswöchige Rehabilitationsbehandlung im Sinne von „Readaption“ (vgl. hierzu oben I. 3. a. cc) erhalten hatten. Nach ihren Erhebungen befinden sich nach fünf Jahren 70 % der nach Hause entlassenen Patienten noch zu Hause. 20 % der entlassenen Patienten sind inzwischen in ein Pflegeheim gekommen und 10 % verstorben.

Von den noch zu Hause befindlichen Menschen hätten mehr als 50 % angegeben, daß sich im Laufe der letzten fünf Jahre ihr Zustand noch verbessert habe. Mehr als 30 % aller entlassenen Patienten hätten nach fünf Jahren angegeben, daß ihr Zustand wie bei der Entlassung gleichgeblieben sei. Nur knapp 15 % hätten angegeben, daß er sich verschlechtert habe. Ferner hätten etwa zwei Drittel der entlassenen Patienten angegeben, daß sie in ihrer häuslichen Umgebung ohne fremde Hilfe leben könnten.

#### dd) Ergänzende Rehabilitationsmaßnahmen

Der Sachverständige Prof. Beischer (P 3/197) erklärte, daß „die aktivierende Pflege durch Krankengymnastik, physikalische Medizin, Bäder usw., Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst, Psychologie unterstützt und ergänzt werden muß“ (so auch h. M.: Nachweise unter anderem bei Lehr, Interventionsgerontologie, S. 16).

Nach Angaben der Zeugin Adelheid Kiesinger (P 5/105 f.) bestehen ergotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten auch bei „typischen Behinderungsarten im Alter“, wozu sie insbesondere zählte „den Schlaganfall mit entsprechender Halbseitenlähmung, Sprachausfälle-Patienten, die MS-Patienten, Rheuma-Patienten. Das sind solche, die wir auch als alte Patienten behandeln.“ Die Tätigkeitsfelder in der Ergotherapie bestehen diesbezüglich in folgendem:

- Motorisch-funktionelle Therapie: Aus der Kenntnis, daß bei jeder handwerklichen oder praktischen Arbeit nur bestimmte Bewegungen im normalen physiologischen Bewegungsablauf eingesetzt werden, werden behinderungsspezifische Techniken eingesetzt, um trotz einer eingetretenen Behinderung die motorische Funktionsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern und/oder mit den patienteneigenen Mitteln anzutrainieren.
- Selbsthilfetraining: In erster Linie wird bei behinderten alleinstehenden Männern und Frauen untersucht, welche behindertenspezifischen technischen Hilfsmittel für die eigenständige Bewältigung des täglichen Le-

bens erforderlich sind; auch wird die Benutzung der Hilfsmittel individuell eingeübt.

- Aktivierung: Mit dem gezielten Einsatz gruppenspezifischer Kenntnisse, handwerklicher Möglichkeiten, kreativer Techniken, wird Patienten mehr Kooperationsfähigkeit gegeben, um ihnen über Gruppen auch zu ermöglichen, Kontakte wieder zu knüpfen bzw. zu halten.

Der Unterschied zu Freizeitangeboten besteht nach Auffassung der Zeugin darin, daß die gruppenspezifischen und die anderen Aspekte aufgrund des therapeutischen Hintergrundes gezielt eingesetzt werden.

Die Zeugin Adelheid Kiesinger (P 5/98) beklagte, daß die ergotherapeutischen Möglichkeiten nicht gezielt eingesetzt werden, weil der Beruf des Ergotherapeuten in der ärztlichen Fachwelt noch immer nicht ausreichend bekannt ist und die in freier Praxis tätigen Ergotherapeuten aufgrund der mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Rahmenverträge nur informieren, jedoch nicht werben dürfen (P 5/111). Der Einsatz der Ergotherapie in den Kliniken wird mangels vorhandener Anhaltswerte für Ergotherapeuten etwa seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft „nach Belieben und vor allem nach dem Bedürfnis, das der leitende Arzt, der dafür zuständig ist, hat, vorgenommen. Wenn also ein Arzt an einer Klinik ist, der die Ergotherapie kennt und der darauf besteht, daß das eine notwendige Maßnahme ist, dann ist es machbar. Wenn es aber leider manchmal nicht der Fall ist, dann werden diese Leistungen entweder immer noch von berufsfremden Personen durchgeführt oder überhaupt nicht“ (P 5/100).

Die therapeutische Versorgung älterer Menschen in Alten- und Pflegeheimen „ist eine der größten Lücken, da diese so gut wie gar keine fachlich ausgebildeten Ergotherapeuten haben“, erklärte die Zeugin (P 5/101). Das Problem besteht darin, daß insoweit die Krankenkassen aufgrund der gegebenen Gesetzeslage nicht für diese Therapiekosten aufkommen müssen. „Da man die Frage der Finanzierung nicht angeht, wird der Bereich nicht besetzt“, beklagte sie.

Im ambulanten Bereich wären nach Meinung der Zeugin (P 5/102) vor allem über die Sozialstationen ergotherapeutische Angebote zum Selbsthilfetraining für ältere Menschen möglich. Solange „in den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien nicht expressis verbis vorgesehen ist, daß die Hilfsmittel, das Hilfsmitteltraining oder das Selbsthilfetraining finanziert werden (Anm.: von den Krankenkassen), können wir (Anm.: die Ergotherapeuten in freier Praxis) das Angebot, das es gibt, eigentlich nicht ausreichend anwenden“, meinte die Zeugin Adelheid Kiesinger (a. a. O.).

#### 4. Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen und für die Volkswirtschaft

##### a) Allgemeines

Nach Aussagen der Sachverständigen Prof. Schwartz (P 5/144) und Dr. Große-Ruyken (P 5/4) existiert eine Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen bislang nicht. Eine Vielzahl von Studien „versuchen sowohl auf der Makro- wie auf der Mikroebene den wirtschaftlichen Input in ein gesamtes Gesundheits- und Sozialwesen oder in Teile davon mit gesundheitlichen Resultaten in Beziehung zu setzen“. Nach Angaben des Sachverständigen Prof. Schwartz (a. a. O.) hat H. W. Brenner, ein anerkannter Gesundheitsökonom, gezeigt, daß eine unmittelbare Beziehung besteht zwischen den Ausgaben für das Gesundheits- bzw. das Sozialwesen und dem volkswirtschaftlichen Gesamtniveau, also zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und der – vorzeitigen – Sterblichkeit der Bevölkerung. Bemerkenswert sei nach einer OECD-Studie, „daß die Bundesrepublik zwar

in bezug auf das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf zu den weltweit führenden Ländern gehört, in bezug auf den groben Gesundheitsindikator Gesamtsterblichkeit, also bei der Lebenserwartung nicht zu den ganz führenden Ländern gehört“ (Sachverständiger Prof. Schwartz, P 5/145).

b) Berechnungen auf der Mikroebene

Auf der Mikroebene ergab eine kalifornische Studie (veröffentlicht in: The New England Journal of Medicine 311 [1984], S. 1664 ff.), bei der einerseits 60 ältere Patienten in einer geriatrischen Spezialabteilung eines Krankenhauses und andererseits die gleiche Anzahl von ebenfalls willkürlich ausgewählten Patienten internistisch (normal) betreut wurden, nach 12 Monaten folgende Resultate:

- die Todeshäufigkeit war bei den geriatrisch Betreuten nur halb so hoch,
- die Anzahl der Heimeinweisungen direkt nach Klinikentlassung war bei den geriatrisch Betreuten nur halb so hoch,
- die Aufenthaltsdauer war ebenfalls nur halb so hoch bei den geriatrisch Betreuten.

An Gesamtkosten pro Patient für Krankenhaus und Pflegeheim wurden errechnet:

- ohne Berücksichtigung der Unterschiede in der Lebenserwartung 19 406 \$ (mit geriatrischer Behandlung) gegenüber 20 329 \$ (ohne geriatrische Behandlung),
- bei Berücksichtigung der Unterschiede in der Lebenserwartung 22 597 \$ (mit geriatrischer Behandlung) gegenüber 27 826 \$ (ohne geriatrische Behandlung).

Diese Kosten wurden auf der Basis von Tagessätzen für das Pflegeheim in Höhe von 86 \$ und für das Krankenhaus in Höhe von 770 \$ für Intensivbehandlung, von 308 \$ für Akutbehandlung und von 117 \$ für einfache Behandlung ermittelt.

Das Forschungsteam hat die dort angelegten Kriterien und Erfolge auf alle alten Menschen in den USA mit entsprechendem Ausgangszustand extrapoliert und kam zu dem Ergebnis, daß eine Verringerung von über 200 000 Pflegeheim-Aufnahmen pro Jahr in den Vereinigten Staaten erreicht werden könnte.

Trotz des von den Autoren der Publikation selbst eingeräumten spekulativen Charakters ihrer Folgerungen vertrat der Sachverständige Prof. Beischer (P 3/199) die Meinung, es „ist aus meiner Sicht indiskutabel, daß gespart werden könnte im Pflegebereich durch besseren Einsatz im Krankenhaus gerade bei den alten Menschen“.

Daß Gesundheitskosten im Alter bei „konsequenter Prävention und Rehabilitation“ eingespart werden können, vertraten auch die Sachverständigen Dres. Leutiger (P 3/138) und Schröder (P 3/150 ff.). Die Sachverständige Dr. Schröder begründete ihre Auffassung mit den von ihr errechneten Fallkosten bei einer „46tägigen Verweildauer eines halbseitengelähmten Patienten, der sich anfangs nicht allein helfen konnte, dies jedoch sowohl nach seiner Entlassung als auch nach weiteren fünf Jahren alleine konnte. Bei einem Tagespflegesatz von 178,20 DM (Anm.: für das Rehabilitationskrankenhaus in Welzheim) gibt dies den Betrag von 8 197 DM ... Der gleiche Patient hätte in einem Pflegeheim ohne Rehabilitationsmaßnahmen in einem Jahr bei einem Pflegesatz von 87 DM insgesamt 30 755 DM gekostet.“

## c) Kostenreduzierung auf der Makroebene

Eine Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen ist auch nach Auffassung des Sachverständigen Dr. Große-Ruyken (P 5/4) „durch weniger Krankenhausaufenthalte und Komprimierung der Erkrankungen auf einen nur kurzen Zeitraum vor dem Lebensende“ zu erreichen.

Demgegenüber vertraten der Zeuge Sing (P 5/61) und der Sachverständige Prof. Schwartz (P 5/146 f.) die Auffassung, daß Prävention im Endeffekt kein Geld spart, aber die Lebensqualität der älteren Menschen verbessert und damit ein Gebot der Humanität ist.

Unter Hinweis auf eine schweizerische Studie, wonach es günstig ist, wenn es viele Raucher gibt, weil diese früh sterben und damit das (Kranken- und Rentenversicherungs-)System entlasten würden, vertrat der Sachverständige Prof. Schwartz (a. a. O.) die Auffassung, daß man als „Nutzen“ im Gesundheitswesen lediglich die Zielgröße „möglichst lange Erhaltung von Leben und Gesundheit“ verwenden darf. „Andere Zielgrößen wie Bezahlbarkeit der Rentenversicherung oder ähnliches“ würden entsprechend der oben angeführten schweizerischen Raucherstudie zu „völlig abstrusen Zusammenhängen“ führen.

## d) Kritik: Kosten-Wirkungs-Analysen

Nach Auffassung des Sachverständigen Prof. Schwartz (P 5/146) kommt man mit der Frage nach Einsparungen durch präventive und rehabilitative Maßnahmen nicht weit. „Deshalb ist es eine soziale Entscheidung, eine politische Entscheidung, was und wofür das Geld der Gesellschaft ausgegeben wird.“ Entscheide man sich, das Geld in die Gesundheitserwartung der Bevölkerung zu investieren, so „verbietet sich eine Kosten- Nutzen-Rechnung“. Richtigerweise sei mit Kosten- Wirkungs-Analysen zu fragen, wie eine definierte Wirkung auf einem möglichst kostengünstigen Weg erreicht werden könne.

## e) Vorhandener Finanzrahmen für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen

Um die Finanzierung der Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen, könnten die in vielen Bereichen noch brachliegenden Ressourcen „ohne Systemschädlichkeit umgepoolt“ werden (Sachverständiger Dr. Große-Ruyken, P 5/20, sowie Zeuge Sing, P 5/53, jeweils unter Hinweis auf das Jahresgutachten 1989 des Sachverständigenrats).

Nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Schwartz (P 5/150) ist der Pharmaindustrie von der Firma Prognos AG (Basel) vor einigen Jahren noch bescheinigt worden, daß „sie angesichts des demographischen Umbaus der Bevölkerung gut beraten ist, sich in der Palette der symptomatischen Therapien zu stärken, weil das der Natur der Sache nach Therapien sind, die die Krankheit, den Indikationsgrund für eine Verordnung nicht beseitigen, aber immerhin doch den Betroffenen so viel Behandlungsgefühl vermitteln, daß es erneut zur Rezeptur kommt, vor allen Dingen, wenn ihnen keine Alternative angeboten wird“. Nach Einschätzung des Sachverständigen handelt es sich insoweit um ein Volumen von mehr als 8 Milliarden DM. Dieser Finanzrahmen stehe „im Prinzip zur Disposition für alternative Möglichkeiten“, beispielsweise für Behandlungen in einer Tagesklinik oder für physikalische Therapien.

## 5. Geriatrische Qualifikation der Ärzte und des Pflegepersonals

### a) Ärztliche Ausbildung

Gerontologisches und geriatrisches Fachwissen wird nicht in speziell ausgewiesenen Fächern vermittelt. Solche Fragestellungen werden innerhalb der verschiedenen medizinischen Gebiete und Fächer interdisziplinär behandelt. Dies entspricht insbesondere dem Umstand, daß in jedem patientenbezogenen Gebiet oder Teilgebiet der Medizin (mit Ausnahme der Kinderheilkunde) geriatrische Patienten „weniger fachspezifisch als sozusagen unter einem ganzheitlich-medizinischen Aspekt“ (Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/119) behandelt werden müssen. Insbesondere in den Gebieten Allgemeinmedizin und Innere Medizin haben präventive Fragen, vor allem des alternden Menschen, spezielle Bedeutung.

#### aa) Unzureichende geriatrische Kenntnisse in der ärztlichen Praxis

Noch im Jahre 1988 vertrat die Landesregierung die Auffassung, daß mit der interdisziplinären Vermittlung geriatrischen Fachwissens „im Rahmen des studentischen Unterrichts die Belange der Erkrankungen bei alten Menschen grundsätzlich in ausreichender Weise berücksichtigt“ (so Antwort der Landesregierung vom 25. 10. 1988 auf die Große Anfrage der CDU-Fraktion – Drucksache 10/660 – IX. Nr. 1).

Im Unterschied hierzu erklärte der Zeuge Dr. Bopp namens der Landesregierung bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1990:

„Bei den Ärzten ist es so, daß die Ausbildung trotz der Siebten Novelle der Approbationsordnung, die jetzt gerade verabschiedet worden ist, aus unserer Sicht noch nicht den Praxisanforderungen des künftigen Arztes voll entspricht“ (P 22/72).

Bereits bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1989 hatte der Sachverständige Dr. Große-Ruyken (P 5/5) kritisiert, daß der Mehrzahl der Ärzte ein umfassendes Wissen im geriatrischen Bereich fehlt (ebenso: Zeugen Sing, P 5/41, und Barbara Schäfer, P 6/7, sowie Sachverständiger Prof. Schwartz, P 5/138). Dies wird im wesentlichen auf das Fehlen geriatrischer Lehr- und Forschungseinrichtungen (bb) und auf Mängel in der universitären Ausbildung (cc) zurückgeführt.

#### bb) Fehlende Lehrstühle für Geriatrie und Gesundheitswissenschaften

Der Sachverständige Dr. Große-Ruyken sah die unzureichenden geriatrischen Kenntnisse in einem mangelnden Forschungs- und Lehrinteresse an den deutschen Universitäten begründet, „obwohl die demographische Entwicklung längst die roten Warnlampen aufleuchten läßt“ (P 5/2). Dies beruhe unter anderem auf dem fundamentalen Mißverständnis, wonach „Geriatrie kein spezifischer Bereich der Medizin und (Anm.: deshalb) ohne weiteres von der Inneren Medizin abzudecken sei“ (so bereits Schlierf, Kommissionsbericht, S. 49).

Der Sachverständige Prof. Schwartz sah den maßgeblichen Grund darin, „daß die etablierten medizinischen Disziplinen deswegen mauern, weil ohnehin die meisten Patienten alte Leute sind, niemand ein besseres Wissen zu dieser Frage hat und es deshalb keiner zusätzlichen Anstrengungen bedarf“ (P 5/143).

Einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Existenz akademischer Lehr- und Forschungseinrichtungen einerseits und der geriatrischen Versorgung sahen die Sachverständigen Prof. Schlierf (P 9/51) und Prof. Schwartz: „Es ist ganz klar, ohne ein leistungsfähiges akademisches Mutterfach gibt es auch keine qualifizierten Chefärzte und ohne qualifizierte Chefärzte auch keine qualifizierten Assistenzärzte. Das pflanzt sich (Anm.: im Bereich der Krankengymnastik und in den anderen medizinischen Hilfsberufen) weiter fort“ (P 5/138).

Auf die Frage, ob es „den Mann oder die Frau“ für einen geriatrischen Lehrstuhl gebe, erklärte der Sachverständige Prof. Schlierf:

„Es gibt schon einige geriatrisch ausgewiesene Kollgen in der Bundesrepublik, zum Teil an Hochschulen. Prof. Platt zum Beispiel in Erlangen oder Prof. Schütz, die auch Mitarbeiter haben, die sich in der Geriatrie auskennen. Und es gibt in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen außeruniversitär schon eine zunehmende Zahl geriatrischer Kliniken, woher vorderhand einmal Nachwuchs kommen kann, bis die Universitäten dann solchen Nachwuchs produzieren“ (P 9/51).

Neben der Schaffung von Geriatrie-Lehrstühlen forderte der Sachverständige Große-Ruyken auch die Einrichtung von Lehrstühlen für Gesundheitswissenschaften: „An jede Universität gehörte ein Lehrstuhl für Gesundheitswissenschaften im Sinne der amerikanischen „School of Public Health“, die Epidemiologie, Prävention und Rehabilitation sowie die Forschung des Gesundseins umfaßt“ (P 5/6).

Bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1989 bekundete der Sachverständige Prof. Schwartz, daß die Diskussion um die Wiederbelebung von „Public Health“ in den letzten Monaten „ganz erheblich virulent geworden ist“ (P 5/154). Seiner Angaben zufolge bestehen Realisierungsabsichten in Berlin, Bielefeld, Hannover, Ulm, Mainz und München, was die Möglichkeit bietet, zumindest eine Teilgruppe von Ärzten in bevölkerungsmedizinischen Fragen zu trainieren und Forschungsprojekte in diese Richtung stärker auszuführen. Die Bedeutung dieser Bestrebungen hob der Sachverständige mit dem Hinweis hervor, „jeder Arzt ist ein potentiell wirklich sehr guter Arzt am Krankenbett des einzelnen Kranken, aber dort am Krankenbett des Volkes versagt er“.

Auch habe eine Arbeitsgruppe beim Gesundheitsministerium unter Beteiligung der führenden Ärztenverbände einschließlich Bundesärztekammer aus bevölkerungsmedizinischer Perspektive sogenannte prioritäre Gesundheitsziele formuliert. Dieser „ökologische Ansatz“ sei bei der „individualmedizinisch orientierten Bundesärztekammer“ jedoch abgelehnt worden und träume jetzt „irgendwo einen etwas kümmerlichen Dornröschenschlaf“ (Sachverständiger Prof. Schwartz P 5/155).

#### cc) Mängel in der universitären Ausbildung

Die unzureichende geriatrische Ausbildung der angehenden Ärzte führte der Sachverständige Dr. Große-Ruyken konkret darauf zurück, daß Prävention und Rehabilitation sowie verhaltensmedizinische Strategien im Lernzielkatalog der Medizinstudenten nur am Rande vorkommen (P 5/5 f.).

Zur tatsächlichen universitären Ausbildungssituation erklärte der Sachverständige Prof. Österreich:

„Nicht alle in den Vorlesungsverzeichnissen abgedruckten Lehrveranstaltungen werden besucht oder finden statt, wie eine Dokumentation des Deutschen Zentrums für Altersfragen aus dem Jahr 1983 erwiesen hat. Darunter finden sich auch fiktive Anzeigen. Die als geriatrisch-gerontologisch deklamierten Angebote anderer Fächer behandeln mehr oder weniger den Altersbereich nur am Rande als eine Art Anhängsel oder aus der Sicht eines nichtgerontologischen Faches . . . , allerdings unter dem Aspekt der Organbezogenheit, das dann irgendwann auch einmal ein altwerdendes Organ ist. Die wichtige Frage des Umgangs mit dem älteren Menschen in allen seinen Dimensionen – das lernt der Medizinstudent nicht . . . Es wird ihnen (Anm.: den Medizinern) wohl im Rahmen ihres Studiums deutlich gemacht, daß das, was sie als Erkrankung eines Organs lernen, ausreichen würde. Daß hier die Qualifikation fehlt, ist eindeutig. In den Prüfungsfächern für Medizin wird der geriatrische Bereich berücksichtigt, aber wiederum nur bezogen auf das Altern des Organs, nicht des altwerdenden Men-

schen oder gar präventive Konzepte. Davon ist gar nicht die Rede. Da gibt es dann eben andere Tabletten im Alter, oder der Schlaganfall ist dann etwas, was eben erst vom mittleren Lebensalter eintritt. Darauf beschränkt sich's aber“ (P 9/5, 30 f.).

Der Sachverständige Dr. Große-Ruyken (P 5/9) forderte deshalb:

„Die Gerontologie, insbesondere auch die internistische und psychiatrische Geriatrie, muß zwingender Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinstudenten, Ärzten und Angehörigen ärztlicher Assistenzberufe werden“ (ähnlich Prof. Häfner, P 8/120).

Mit dieser Zielrichtung hat nach Angaben des Zeugen Dr. Bopp die Landesregierung in einer Entschließung zur Siebten Novelle der Approbationsordnung den Wunsch nach einer weiteren Reform der Ärzteausbildung zum Ausdruck gebracht:

„Dabei soll insbesondere auch geprüft werden, inwieweit in der Ausbildung durch Einbeziehung von Blockpraktika etwa in Altenpflegeheimen oder in Allgemeinarztpraxen der junge Medizinstudent vom ersten Semester an schon mit den Praxisproblemen vertraut wird und damit auch mit den vielen alten Menschen konfrontiert wird, die in der Arztpraxis auftreten“ (P 22/72).

Auf die Frage nach den geriatrischen Ausbildungsdefiziten bei Ärzten, meinte der Sachverständige Prof. Schlierf (P 9/49), daß die Ärzte „auch den Umgang mit den Alten lernen müßten. Die müßten beispielsweise auch einmal einen Patienten in einem Pflegeheim gesehen haben und nicht erst, wenn sie fertige Mediziner sind, daß sie dann ins Pflegeheim kommen und sehr überrascht sind von der Situation, die sie dort vorfinden“.

Er regte dabei unter Hinweis auf das im Ausland bekannte „Teaching-Nursing-Home“ an, die Pflegeheime in die Lehre einzubeziehen.

Aufgrund der Bekundungen des Zeugen Dr. Bopp ist davon auszugehen, daß die Landesregierung die Anregung des Sachverständigen Prof. Schlierf aufgegriffen hat:

„Es ist in der Tat so, daß es Medizinstudenten gibt, die ein Altenpflegeheim noch nie von innen gesehen haben, obwohl dies natürlich in Zukunft für Sie ein wichtiges Berufsfeld sein wird. Es kommt darauf an, daß die medizinischen Fakultäten von sich aus die Instrumente entwickeln, daß sie durch eine vertragliche Zusammenarbeit mit Altenpflegeheimen, auch mit Krankenhäusern, die geriatrische Schwerpunkte sind, die Praxisplätze bieten, die man schon während der klinischen Ausbildung eigentlich zur Verfügung haben sollte.

Wir sind in Gesprächen mit den Fakultäten. Auch hier gehen die Dinge nicht so schnell wie sie eigentlich gehen könnten. Aber ich glaube, daß wir in Baden-Württemberg einige Wegmarken gesetzt haben, die von den anderen Ländern aufmerksam betrachtet werden“ (P 22/73).

Auf Vorhalt der im Rahmen der Beweisaufnahme geäußerten Kritik an der ärztlichen Ausbildung meinte der Zeuge Prof. Engler:

„Die größte Gefahr ist die Überfüllung der medizinischen Fakultäten, weil dort die sorgfältige und intensive Ausbildung am Krankenbett in Frage steht. . . . Da können wir schon aus Gründen der Patienten nicht die Kapazität erweitern, da müßten wir nur die Zahl der Studierenden verringern“ (P 10/38).

Ferner erklärte er:

„Aber ich lehne es auch ab, nun zu bestätigen, daß die Ärzte insgesamt schlecht ausgebildet wären. Es gibt natürlich mancherlei Gründe, die vielleicht die Ausbildung etwas in Frage stellen. Aber die Frage, ob sie mit alten Menschen umgehen können, ist nach meiner Überzeugung nicht zu stellen in dem Sinn, daß sie deshalb, weil sie keine spezielle geriatrische Vorlesung oder entsprechende Ausbildung

bekommen haben, nun nur Leute, die so im Vollbesitz ihrer Lebenskraft wären, da nun als Patienten behandeln könnten“ (a. a. O.).

Handlungsbedarf sah der Zeuge (P 10/29) angesichts des aus demographischen Gründen sich ändernden Patientenspektrums in der Notwendigkeit, daß „in größerer Breite der Umgang speziell des Arztes mit älteren Menschen auch in der Ausbildung verdeutlicht wird“.

Einschränkend fügte er hinzu:

„Ich kann mir nicht recht denken, daß ein heutiger Medizinprofessor, dem ja auch diese Fakten alle zugänglich sind, diese völlig ignoriert. Es ist nicht so, daß ein Medizinstudent nie auf diese Altersprobleme hingewiesen würde, und zwar auch dann, wenn sich in dem ja sowieso etwas umstrittenen Examenssystem, Prüfungssystem nicht gerade eine größere Zahl von Fragen darauf bezieht.“

In Zukunft wird nach Überzeugung des Zeugen Prof. Engler der quantitative Aspekt der demographischen Veränderungen dazu führen, daß „sich sicherlich das Fach (Anm.: Geriatrie) selbst als besonders benanntes Fach stärker in den Vordergrund schieben wird, und daß das dann auch in Kürze in der Ausbildungsordnung (Anm.: der Ärzte, Soziologen und entsprechender Psychologen – P 10/28) noch ein stärkeres Echo findet“ (P 10/30).

#### b) Ärztliche Weiterbildung

Eine spezifische Ausbildung zum Facharzt für Geriatrie oder Gerontologie befürworteten die Sachverständigen Prof. Österreich (9/29) und Prof. Schlierf (P 9/43) nicht. Beide Sachverständige sahen in der Einführung eines Facharztes für Geriatrie die Gefahr, daß „die gesamte Alters-thematik, der geriatrische Bereich sich zu stark isoliert von der Lebensgeschichte eines Menschen, von dem Kranksein im Erwachsenenalter, in der Kindheit und Jugend“ (P 9/29). Darüber hinaus befürchtete der Sachverständige Prof. Schlierf, daß „ein Facharzt eigentlich nur wieder eine Domäne oder einen Erbhof schaffen würde, und dann würden sofort die Abgrenzungskämpfe wieder losgehen. Das würde ich nicht für gut halten“ (P 9/43).

#### c) Ärztliche Zusatzqualifikation

Nach Angaben des Sachverständigen Prof. Schlierf strebt die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie eine Zusatzqualifikation „Geriatrie“ an, „die zum Beispiel der Leitende Arzt einer geriatrischen Klinik oder auch ein akademischer Hochschullehrer, der sich der Geriatrie verschreibt, haben sollte“ (P 9/44).

Nach Angaben des Sachverständigen Prof. Österreich (P 9/29) ist die Einführung dieser Zusatzqualifikation bislang an der Bundesärztekammer gescheitert.



#### d) Ärztliche Fortbildung

Die Versäumnisse der universitären Ausbildung müssen nach Angaben des Sachverständigen Dr. Große-Ruyken (P 5/5) derzeit durch verstärkte Fortbildung kompensiert werden.

Die Fortbildung der Ärzte ist eine originäre Aufgabe der Landesärztekammer als öffentlicher Berufsvertretung (§ 4 Abs. 1 Kammergesetz), der sich die Kammermitglieder nach ausdrücklicher Vorschrift (§ 30 Abs. 1 Kammergesetz) unterziehen müssen.

Für die Landesregierung erklärte die Zeugin Barbara Schäfer hierzu:

„Die Fortbildung der Ärzte ist eine Standesangelegenheit. Da hat die Landesregierung überhaupt keine Einwirkungsmöglichkeit. . . . Hier hat die Landesregierung eher eine informierende Verpflichtung über die Bedeutung eines bestimmten Bereichs der Fortbildung. Und dies nehme ich wahr, beispielsweise auch indem ich mich artikuliere in Zeitschriften, in Publikationsorganen der Ärzteverbände oder entsprechenden der Ärztekammer.“

Ergänzend hob der Zeuge Dr. Bopp hervor:

„Entscheidend ist, daß schon jetzt die Fortbildung der Ärzteschaft in den geriatrischen Themen vorangeht. . . . Wenn Sie einmal in die Fortbildungskataloge gucken, dann sehen Sie in der Tat bei allen Fachgebieten, bei den Orthopäden, bei den Chirurgen, bei den Internisten, überall Themen der Behandlung von Alterskrankheiten und auch der Geriatrie“ (P 22/74).

Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Große-Ruyken (P 5/5) sind bisher über 400 Ärztinnen und Ärzte auf die mit dem von der Landesärztekammer landesweit durchgeführten Vorsorgeprogramm zusammenhängenden Aufgaben vorbereitet worden. Die fortgebildeten Ärzte hätten inzwischen über 300 sog. Herzgruppen und über 200 Gruppen für Übergewichtige, Diabetiker, Streßbewältigung, Nichtraucherprogramme und andere mehr gegründet. Diese Ärzte würden sich außerhalb ihrer Sprechstunden mit „vollem Idealismus und ohne Entgelt engagieren“, obwohl „in unserem Gesundheitswesen jede Einzelleistung eine adäquate Bezahlung erhält“ (P 5/5).

#### e) Ärztliches Konsilium

Nach Auffassung der Landesregierung ist die konsiliarische Form „exakt das richtige Konzept“ (Zeuge Dr. Bopp, P 22/76), um in den Krankenhäusern ohne eigene geriatrische Erfahrungen insoweit eine ausreichende geriatrische Versorgung sicherzustellen (ebenso: Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/122; Zeuge Deckner, P 22/49; ablehnend: Zeuge Autenrieth, P 22/40).

Der Erfolg des geriatrischen Konsils hängt mit den Worten des Zeugen Dr. Bopp davon ab,

„daß man überzeugende Arztpersönlichkeiten für diese Funktion findet, die auch fachliches Gewicht gegenüber ihren Kollegen haben, die wirklich ausgewiesen sind und deutlich machen, daß sie nichts anderes wollen, sondern nur etwas ergänzen wollen, von dem, was der fachliche Spezialist nicht unbedingt sieht“ (P 22/76; im Ergebnis ebenso: Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/122).

#### f) Ausbildung des Pflegepersonals

Nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Oktober 1985 (BGBl. I S. 1973) sind die Fachgebiete

„Alterskrankheiten“ und „Pflege alter Menschen“ Gegenstand der Alten- und Krankenpflegeausbildung.

Examiniertes Kranken- und Altenpflegepersonal verfügt daher nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 15) in aller Regel über ausreichendes geriatrisches Fachwissen und ist befähigt, auch ältere und hochbetagte Patienten fachgerecht zu pflegen.

Dagegen vertrat der Sachverständige Prof. Häfner die Auffassung, daß „der Anteil der Ausbildung für die Wahrnehmung und für den Umgang mit psychischen Störungen, die eine massive Rolle spielen im Altenheim, weitgehend unzureichend ist“ (P 8/125). Deshalb müssen seinen Angaben zufolge die Schüler, die in der Städtischen Altenpflegeschule Mannheim ausgebildet werden, nun ein Minimum von sechs Wochen Praxis auf einer psycho-geriatrischen Station ableisten.

Nach Auffassung des Sachverständigen (a. a. O.) bedarf die Thematik „Psychische Störungen“ noch eines Niederschlags in den Ausbildungsplänen der Kranken- und Altenpflege, wobei noch nicht endgültig geklärt ist, „ob das genug ist“.

Daneben sah der Sachverständige Prof. Häfner (P 8/120) aufgrund des häufigen Kontaktes von Sozialstationen mit körperlich und seelisch schwer beeinträchtigten alten Menschen in einer Ausbildungsverbesserung der Sozialarbeiter „einige Chancen sowohl körperliche Gesundheitsprobleme als auch psychische Störungen“ zu erkennen.

#### g) Weiterbildung des Pflegepersonals

Eine geriatrische Fachausbildung im Sinne einer Weiterbildung zur „Fachschwester für . . .“ besteht nicht.

Nach Angaben des Zeugen Dr. Bopp haben sich die Schwesternverbände und die Expertenkommissionen „Pflegeberufe“ der Landesregierung „klar gegen eine weitere Aufsplitterung der Berufsbildes der Schwestern ausgesprochen“ (P 22/75).

#### h) Fortbildung des Pflegepersonals

Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich Geriatrie werden von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, den Berufsverbänden und den kirchlichen Einrichtungen für die in der Gemeindekrankenpflege oder in Einrichtungen der Altenpflege bzw. in Krankenhäusern mit geriatrischen Betten tätigen Krankenpflegekräfte angeboten.

Daneben werden auch hausinterne Fortbildungsveranstaltungen in den 19 geriatrischen Fachkrankenhäusern durchgeführt, die „natürlich zu wenig sind“ (Zeuge Hinderer, P 6/122).

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 48) soll k ü n f t i g sowohl das ärztliche wie auch das pflegerische Personal an den allgemeinen Krankenhäusern z u s ä t z l i c h geriatrisch geschult und ausgebildet werden, insbesondere auch um die Möglichkeit zu schaffen, bereits während der Akutbehandlung Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen.

Die Frage nach Anreizen für Pflegefachkräfte, sich geriatrisch zu bilden und in geriatrischen Versorgungsbereichen tätig zu sein, hängt unmittelbar mit den Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und den stationären Pflegeeinrichtungen zusammen. Insoweit wird auf die Darlegungen unter VII. verwiesen.

## 6. Anzahl der in Präventions- und Rehabilitationsmedizin ausgebildeten Ärzte

Die Zahl der in der Präventions- und Rehabilitationsmedizin ambulant tätigen Kassenärzte bzw. Vertragsärzte im Bereich der kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs ist nicht bekannt, da es für diese Bereiche spezielle Gebietsanerkennungen nicht gibt.

Es ist aufgrund empirischer Erfahrungen davon auszugehen, daß insbesondere die Hausärzte als Allgemeinärzte und Internisten den Präventions- und Rehabilitationsbedarf älterer Menschen zu decken haben (P 8/120, P 9/43). Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 8) betrug die Anzahl (Stand: 31. Dezember 1987)

### - niedergelassener Ärzte:

Allgemeinärzte		Internisten	
Bundesrepublik Deutschland	davon in Baden-Württemberg	Bundesrepublik Deutschland	davon in Baden-Württemberg
13 474	2 315	11 278	1 700

### - in Krankenhäusern:

Allgemeinärzte		Internisten	
Bundesrepublik Deutschland	davon in Baden-Württemberg	Bundesrepublik Deutschland	davon in Baden-Württemberg
589	95	7 530	1 149

Bei diesen Zahlenangaben sind weitere Gebiete, die für die ärztliche Betreuung geriatrischer Patienten vorrangig Bedeutung haben, nicht mitbeziffert, wie etwa die Urologie, die Frauenheilkunde, die Neurologie, die Psychiatrie, aber auch organbezogene Gebiete wie die Augenheilkunde und die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Mit der Zeugin Barbara Schäfer (P 6/7) ist festzuhalten: Die Arztdichte in der medizinischen Versorgung von Alterskranken ist „quantitativ sehr hoch, steigend . . . qualitativ ist sie im geriatrischen Bereich defizitär“. Dieser Nachholbedarf müßte nach Meinung der Zeugin ebenso aufgeholt werden wie die Informationsdefizite der niedergelassenen Ärzte über Hilfsangebote im sozialen Bereich.

## 7. Geriatrische Versorgung in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

### a) Versorgungslage

Die Krankenhausplanung des Landes, die für den Bereich der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (= Pflichtleistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung) zuständig ist, weist keine spezifisch geriatrischen Fachabteilungen in Krankenhäusern aus und sieht keine von den Krankenhäusern isolierte Präventions- oder Rehabilitationseinrichtungen vor.

### aa) Keine geriatrische Fachabteilungen in Akutkrankenhäusern

Die Einrichtung von Fachabteilungen der Krankenhäuser erfolgt entsprechend den Gebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Geriatrie, Gerontologie und Gerontopsychiatrie sind jedoch keine speziell ausgewiese-

nen (Teil-)Gebiete der Weiterbildungsordnung (vgl. Darlegungen unter I. 5). In den allgemeinen Krankenhäusern wurden daher spezifisch geriatrische Fachabteilungen nicht eingerichtet. Lediglich an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg ist nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 46) eine Sektion Gerontopsychiatrie eingerichtet, der 15 Betten zugeordnet sind.

Die geriatrische Krankenhausbehandlung erfolgt deshalb überwiegend in nicht abgegrenzten sog. Streubetten (Zeugen Deckner, P 22/46, und Dr. Bopp, P 22/70) der Abteilungen für Innere Medizin und insbesondere auch in Krankenhäusern und Abteilungen für Nachsorge und Langzeit-Chronisch-Kranke oder in Unterabteilungen der genannten medizinischen Bereiche (Zeuge Funk, P 25/66). Quantitative Angaben sind hinsichtlich der Vielzahl von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen unterschiedlichster Fachgebiete nicht möglich.

Auf die Frage nach den Vor- und Nachteilen geriatrische Betten organisatorisch als eigene Fachabteilung zu führen, meinte der Zeuge Funk:

„Patientenbezogen hat diese Spezialisierung sicherlich erhebliche Vorteile im Sinne einer qualitativ guten Patientenversorgung. Der patientenbezogene Nachteil, der sich aus dieser Spezialisierung ergibt, ist einfach, daß man diese Patienten als Gruppe in eine gewissen Isolation führt . . .

Personenbezogen ist es so, daß es nach allen Erfahrungen sehr schwierig ist, qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl zu finden, was bereit ist, in geriatrischen Fachabteilungen (Anm.: gemeint war wohl als eine ‚Unterabteilung‘) zu arbeiten. Das liegt primär an Statusproblemen. Es ist ganz einfach so, daß . . . Funktionsbereiche wie Intensivmedizin, OP und ähnliche Bereiche einfach statusmäßig angesehen sind, prestigeträchtiger sind als die Arbeit in geriatrischen Abteilungen . . .

Was mir auch noch wichtig scheint ist, daß der Krankenhausträger, der solche (Anm.: Unter-)Abteilungen betreibt, sich durchaus auch mit dem Problem konfrontiert sieht, daß . . . von politischen Verantwortungsträgern, aber sicherlich primär von Kostenträgern eine Fehlbelegung in diesen Abteilungen unterstellt wird. In der Praxis wird das belegt durch ausgesprochen häufige Anfragen auch der Kostenträger, die sehr häufig Gutachten dann der behandelnden Ärzte verlangen und einfach die Notwendigkeit der stationären Versorgung dann hinterfragen“ (P 25/67).

#### bb) Rehabilitationskrankenhäuser

Soweit bei alten Menschen Rehabilitationsmaßnahmen schon während der Krankenhausbehandlung durchzuführen sind, verfolgt die Krankenhausplanung nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 11) eine am 8. Mai 1987 mit dem Landeskrankenhausausschuß abgestimmte mittlere Linie zwischen spezialisierten zentralen Einrichtungen und einer allgemeinen dezentralen Versorgungsstruktur:

„- Soweit während der Krankenhauspflegebedürftigkeit Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen durchzuführen sind, sollen diese in den allgemeinen Krankenhäusern parallel zur Akutbehandlung durchgeführt werden (Anm.: wobei eine geriatrische Qualifizierung der allgemeinen Krankenhäuser für erforderlich gehalten wird, P 21/93). Hierzu stehen die im Krankenhausplan aufgeführten Planbettenkapazitäten zur Verfügung. Die Planung trägt dabei der durch die demographische Veränderung herbeigeführten Verlängerung der Krankenhausverweildauer Rechnung.

- Größeren Krankenhäusern der höheren Leistungsstufen wird Gelegenheit gegeben, im Rahmen der bestehenden Bettenkontingente spezialisierte Untereinheiten für Langzeitkranke, Alterskranke und Nachsorgepatienten zu schaffen; in diesen Behandlungseinheiten kann das Schwergewicht auf die Rehabilitation (Anm.: und/oder Geriatrie, P 21/93) gelegt werden. Die Entscheidung hierzu soll vor Ort von dem jeweiligen Krankenhausträger im Benehmen mit den zuständigen Kostenträgern getroffen werden.
- Soweit Spezialkrankenhäuser mit rehabilitativen Schwerpunkten und überregionalem Einzugsgebiet bereits vorhanden bzw. fest geplant sind, sollen diese im Krankenhausplan konsolidiert, ggf. auch ausgebaut werden.“

Die Zeugin Barbara Schäfer (P 6/7) begründete diese gestufte Konzeption damit, daß „heute 50 % aller Pflegetage von über 60jährigen Patienten in Krankenhäusern wahrgenommen werden“. Eine Verbesserung der Rehabilitation älterer Patienten erfordere deshalb „eine flächendeckende, gemeinde- und famliennahe Qualifizierung unseres Krankenhausbereichs im Hinblick auf geriatrische Rehabilitation und Behandlung. Es wäre keine Lösung nur durch einzelne Spezialeinrichtungen zu erreichen“ (ähnlich Zeuge Funk, P 25/77).

Insgesamt gibt es in Baden-Württemberg (Stand: 31. Dezember 1987) 8 spezielle Rehabilitations-Krankenhäuser mit insgesamt 1 420 Betten (= 2 % des gesamten Akutbettenbestandes) und 19 Krankenhäuser für Nachsorge, Langzeit- und chronisch Kranke oder entsprechende Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 1 087 Betten (= 1,5 % des gesamten Akutbettenbestands). Nach den Bekundungen des Zeugen Hinderer (P 6/112) werden in den Nachsorgekrankenhäusern überwiegend ältere Patienten nach Schlaganfällen, Frakturen u. a. behandelt.

Von den 19 Nachsorgeeinrichtungen erfüllen bislang nur fünf Krankenhäuser, nämlich das

Krankenhaus Bethanien/Heidelberg	(82 Betten),
Nachsorgekrankenhaus Trossingen	(50 Betten),
Diakoniewerk Bethel/Welzheim	(70 Betten),
Städtisches Krankenhaus Zell im Wiesental	(45 Betten) und
Klinik Esslingen/Kennenberg	(63 Betten)

die Qualitätsanforderungen der Geriatrie (Zeugen Autenrieth, P 22/38, und Dr. Bopp, P 22/70).

#### cc) Kureinrichtungen

Nach Angaben des Zeugen Dr. Bopp (P 22/68, ausdrücklich berichtend die Zahlenangaben des SM, Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 15) gibt es in Baden-Württemberg insgesamt 241 Kur- und Spezialeinrichtungen im Sinne des § 184 a RVO (ab 1. Januar 1989: § 111 SGB V) mit zirka 29 400 Betten.

Zur geriatrischen Versorgung in diesen Einrichtungen erklärte der Zeuge Hinderer:

„Inwieweit in diesen Rehabilitation für ältere Menschen betrieben wird, darüber gibt es keine gültigen Zahlen . . . Um diesen Graunebel im Kurbereich (Anm.: für den das Krankenhausfinanzierungsrecht nicht gilt) aufzuhellen, hat man im GRG jetzt den Versorgungsvertrag vorgesehen (Anm.: § 111 Abs. 3 SGB V), um auch hier vor die Anspruchsberechtigung eine Zulassung zu stellen“ (P 6/114).

## dd) Rehabilitative Funktionsbereiche in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern

In den neun Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sind Funktionsbereiche „Rehabilitation/Sozialpsychiatrie“ eingerichtet. Hier erfolgt präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Behandlung auch älterer Patienten. Die Zahl der Betten für diese Funktionsbereiche wird nicht gesondert ausgewiesen.

Festzustellen ist, daß – trotz Abnahme der Gesamtbettenzahl um 17 % in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern zwischen 1973 und 1983 – die Behandlungsepisoden für psychisch Alterskranke um 39 % und des Anteils Älterer innerhalb der Gesamtheit der Psychiatrie-Patienten von 18,4 auf 19,4 % stiegen, während für die USA und einige europäische Länder ein massiver Rückgang der Erstaufnahmerate von psychisch Alterskranken in fachpsychiatrischen Einrichtungen beklagt wird (so Österreich, Kommissionsbericht, S. 55). Einen besonders auffälligen Zuwachs nimmt die Aufnahmeziffer von über 75jährigen ein: +70 Prozent. Für die 65- bis 74jährigen wurden +17 Prozent errechnet. Frauen wurden häufiger aufgenommen als Männer (Jaeger, Zeitschrift für Gerontologie 20 (1987), S. 187 ff.).

## ee) Erfahrungen

Erfahrungen mit geriatrischen Betten bekundete der Sachverständige Prof. Beischer unter vier verschiedenen Aspekten, die er bei seiner Tätigkeit als Leiter der Medizinischen Klinik III im Bürgerhospital, Stuttgart, mit insgesamt 130 Betten für die Schwerpunkte Geriatrie, Stoffwechsel und Angiologie gewonnen hat:

- Der Bedarf für die Schwerpunkte Geriatrie, Stoffwechsel und Angiologie ist angesichts der Bettenbelegung um 89 % seit 1985 gegeben (Anm.: der Krankenhausbedarfsplan III – Ziff. 3.2.3.4 – legt eine durchschnittliche Nutzung aller Krankenhausbetten von 85 % zugrunde);
- Der Schwerpunkt der Geriatrie liegt in erster Linie auf der personellen Ausstattung der Klinik:
 

„Ich glaube, daß wir uns alle vielleicht, auch die Politik, sehr am apparativ-spektakulären orientieren und unterschätzen, daß in der Medizin, speziell in der Geriatrie, Pflege, menschliche Zuwendung gebraucht wird. Mehr Anerkennung wäre ein wichtiger Punkt für diesen Bedarf“ (P 22/109);
- Die Trennung von „erheblich verwirrten alten Menschen“ von „nicht-verwirrten alten Menschen oder nur leicht verwirrten alten Menschen“ ist erforderlich, da deren Zusammensein „sehr leicht anstecken und dem leicht Verwirrten letztlich nur schaden kann“ (P 22/110);
- Die Situation bei der Gewinnung von Pflegepersonal hat sich im Vergleich zu anderen Stuttgarter Kliniken „deutlich gebessert“, indem dem Schwerpunkt Geriatrie „zwei auflockernde Schwerpunkte, nämlich Stoffwechsel und Angiologie zugeordnet worden sind“ (a. a. O.).

Von insgesamt positiven Erfahrungen berichtete der Zeuge Funk aufgrund seiner Tätigkeit als Krankenpfleger und Betriebsratsvorsitzender des Reha-Krankenhauses Karlsbad-Langensteinbach, das über 25 geriatrische Betten verfügt:

„Es ist sicherlich so, daß durch die bei uns stationär durchgeführten Maßnahmen bei vielen Patienten tatsächlich auch eine Unterbringung im Pflegeheim, im Altersheim oder in ähnlichen Einrichtungen vermieden oder zumindest hinausgezögert werden konnte. Und insofern hat sich das sicherlich zunächst mal bewährt“ (P 25/76).

Problematisierend fügte der Zeuge hinzu:

„Was aber Schwierigkeiten macht, das ist natürlich auch eine Abgrenzung in der Klinik: Geriatrie gegen Innere oder gegen andere Abtei-

lungen ... Wir haben in der Inneren Abteilung mit insgesamt über 100 Betten eine Altersstruktur, die so aufgebaut ist, daß mehr als 50 % der Patienten über 61 Jahre alt sind. Und da ist natürlich diese Abgrenzung: Was ist eigentlich ein geriatrischer Patient? Macht man das an bestimmten Krankheitsbildern fest? Macht man das am Lebensalter fest? An welchen Faktoren kann man das fixieren? Dies ist natürlich schwierig“ (P 25/76).

Bezüglich ausländischer Erfahrungen mit der Behandlung in einer geriatrischen Spezialabteilung eines Klinikums und Erkenntnissen aus der rehabilitativen Behandlung im Spezialkrankenhaus Welzheim wird auf die Darlegungen unter I. 4. verwiesen.

#### b) Bedarfsdeckung

##### aa) Auffassung der Landesregierung

Bei der Beweisaufnahme am 6. April 1989 erklärte die Zeugin Barbara Schäfer:

„Es ist ganz klar: die Versorgungseinrichtungen sind heute noch nicht ausreichend vorhanden“ (P 6/9).

Präzisiert wurde der Bedarfsrahmen im sogenannten Geriatrie-Konzept der Landesregierung vom 19. Juni 1989. Aufgrund der dortigen Annahmen (vgl. dortige Ziff. 3.3) ergibt sich „ein Bedarf von zirka 2 450 Betten in voll- und teilstationären Rehabilitationseinrichtungen.“

Mit Blick auf das Gesundheitsreformgesetz, nach dem Rehabilitation nunmehr nicht nur zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, sondern auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu betreiben ist (vgl. Darstellung unter I. 3. a. bb), meinte die Zeugin Barbara Schäfer:

„Jetzt stehen die Krankenkassen in der Pflicht, ein ausreichendes Angebot von stationären Reha-Einrichtungen nach § 111 SGB V zu machen und die vorhandenen Versorgungseinrichtungen nach § 111 auf die Bedürfnisse der geriatrischen Rehabilitation zu qualifizieren“ (P 6/8 f.).

Auf die Frage, wie sie dies durchsetzen wolle, kündigte sie an, im Rahmen der der Landesregierung obliegenden Rechtsaufsicht durch Rechtsauslegung auf die Kassen diesbezüglich einzuwirken (P 6/14, 29).

##### bb) Haltung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg

Zum künftigen Bettenbedarf erklärte der Zeuge Autenrieth bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1990:

„Ich stütze mich da jetzt auf das Geriatrie-Konzept. Da sind 2 500 Betten genannt. Für mich ist es schwierig, zu beurteilen, ob diese Zahl richtig ist. Ich bin da immer ein bißchen im Bereich des Schätzens. ... Die demographische Entwicklung geht eher in Richtung eines Zuwachses an alten Personen und damit an mehr Betten für diesen Bereich. Also die 2 500 sind sicher notwendig“ (P 22/41).

##### cc) Haltung der Krankenkassen

Hierzu bekundete der Zeuge Postler im Rahmen der Beweisaufnahme am 23. Februar 1990:

„Es gibt mit Sicherheit genügend Rehabilitationseinrichtungen, aber ich glaube, daß sie noch nicht ganz so weit sind, daß sie sich speziell auch dem alten Menschen zuwenden können“ (P 22/24).

Selbstkritisch fügte er hinzu:

„Der Krankenkassenmann, der sich dieser Frage bisher stellen mußte, hat sich ja auch verändern müssen. Wir sind einer neuen Problematik gegenübergestellt. . . . Ich meine, wir sind auf dem Weg, uns dieser Problematik viel intensiver zu stellen, als wir uns ihr in der Vergangenheit gestellt haben. Wir hatten zuerst, als das Gesetz kam, sogar Mühe, uns vorstellen zu müssen, daß die Krankenkasse für einen leistungspflichtig wird, bei dem Rehabilitation nur zur Abwendung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden muß. Wir haben zunächst Mühe gehabt, uns mit diesem Gedanken zu beschäftigen.

Insofern geht das natürlich alles ein bißchen langsamer, als es vielleicht hätte gehen können, wenn man den Startschuß 1. Januar 1989 im Auge hat. Ich kann nur sagen: Die ersten Schritte sind vielleicht die schwersten. Die Wege sind weitgehend vorgezeichnet. Was wir allein in den letzten zwölf Monaten in Geriatrie getan haben, in Psychogeriatric, in sozialpsychiatrischer Betreuung von alten Menschen, ist unwahrscheinlich. Diese Dinge sind zu Papier gebracht und müssen jetzt umgesetzt werden“ (P 22/25 f.).

dd) Kostenfrage

Eine finanzielle Förderung des Landes erfolgt lediglich für Investitionen solcher Rehabilitationseinrichtungen, bei denen es sich um Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes handelt. Die Kosten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen keine Krankenhausbehandlung erfolgt, werden ausschließlich von den Benutzern bzw. deren Krankenkassen getragen (§ 111 SGB V).

Die Krankenkassen streben deshalb an, daß die neuen Aufgaben der geriatrischen und rehabilitativen Versorgung „für die Krankenkassen keine Zusatzbelastungen werden, sondern daß möglichst auf der anderen Seite, nämlich bei der stationären Krankenhausbehandlung, auch ein gewisser Entlastungsfaktor besteht“ (Zeuge Postler, P 22/26).

Zum Kostenausgleich streben die Krankenkassen an, die Reduzierung von Krankenhausbetten (1) und die vollständige Separierung der Rehabilitationseinrichtungen von den Akutkrankenhäusern (2).

(1) Reduzierung von Krankenhausbetten

Die Gesamtsituation der Rehabilitationsmedizin im Krankenhausbereich ist durch eine erhebliche Fehlbelegung der Betten in Akutkrankenhäusern gekennzeichnet. Während der Sachverständige Dr. Große-Ruyken von mindestens 30 % fehlbelegter Betten sprach, in denen „ältere Menschen liegen, die eigentlich in rehabilitative Einrichtungen oder in andere, ihrer Situation angepaßte Einrichtungen gehören“ (P 5/8), nannte der Sachverständige Prof. Schwartz (P 5/137) einen Bettenanteil von 20 %. Ausweislich des Jahresgutachtens 1987 (Rz. 305) des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schwanken die Schätzungen zwischen 2,9 % und 25 % fehlbelegter Betten.

Demgegenüber erklärte der Zeuge Hinderer:

„Die Fehlbelegungssituation ist nicht so angreifbar, wie man dieses gelegentlich irgendwo liest“ (P 6/118 f.).

Nach seinen Angaben hat eine wissenschaftliche Untersuchung lediglich eine Fehlbelegungsquote von 16,9 % ergeben, die sich wie folgt aufschlüsselt:

- zirka 33 % aufgrund fehlender flankierender Einrichtungen innerhalb eines Krankenhausversorgungsgebiets;
- zirka 33 % aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Aspekte des Patienten;



- 18 % aufgrund der Aufnahmemodalitäten des Krankenhauses;
- 10,8 % aufgrund wirtschaftlicher Aspekte des Krankenhauses und des ärztlichen Dienstes;
- 6,7 % aufgrund krankenhausbetriebsbedingter Aspekte, wofür die Krankenhausträger einzustehen haben.

Angesichts der Fehlbelegungssituation sind nach den Bekundungen des Zeugen Postler die Kostenträger der Meinung:

„Wir zahlen für Krankenhausbehandlung, die dem Grund nach nicht notwendig ist. Wir zahlen auch für die Krankenhausbehandlung, die im Grunde gar keine ist, für Patienten, die derzeit keine andere Unterbringungsmöglichkeit haben als das Krankenhausbett, weil entweder die Wohnung aufgegeben oder eine Pflege im häuslichen Bereich nicht vorhanden ist. . . . Wenn es künftig nicht mehr in dem Maße vorkommt, daß der Patient im Krankenhaus bleibt, obwohl er da nicht mehr hingehört, und wenn es zu bewerkstelligen ist, daß er sobald als möglich aus dem stationären, akuten Krankenhausbereich herauskommt und der dann angemessenen Weiterbehandlung zugeführt wird, nur dann ist es möglich, die ganze Kostenproblematik überhaupt in den Griff zu kriegen“ (P 22/13 f.).

Zur eigentlichen Kostenentlastung präziserte der Zeuge:

„Dann (Anm.: Abbau überzähliger Betten) wird das Krankenhausbett, der Pfl egetag zwar teurer, aber wir können die durch die Anzahl der Pfl egetage eingesparten Kosten gut verwenden, um effektive Rehabilitation zu betreiben“ (P 22/16).

Auf die Frage, ob neue Rehabilitationseinrichtungen nur geschaffen werden, wenn andernorts Krankenhausbetten reduziert werden, sagte der Zeuge Postler:

„Die Forderung, die wir als Mitglied des Landeskrankenhaus-Ausschusses erhoben haben, war, erst einmal die überzähligen Krankenhausbetten festzustellen. Da haben wir uns am Schluß auf einen Kompromiß geeinigt. Die Krankenkassen hätten wahrscheinlich die Anzahl der überzähligen Krankenhausbetten höher angesetzt. Aber, um es zu einem Konsens und zu einer Akzeptanz auf allen Seiten kommen zu lassen, haben wir uns dann auf diesen Kompromiß geeinigt, mit der Maßgabe – unabhängig davon, was man in der Zwischenzeit zu tun hat –, daß diese Zurückführung auf das richtige Maß bis zum Jahr 1995 erfolgt.

Es war sicherlich auch unsere Überzeugung – so brennend das Problem auch ist –: Man muß eine gewisse Laufzeit einfach zugestehen und kann nicht jede weitere oder notwendige Entscheidung davon abhängig machen, daß das letzte überzählige Krankenhausbett abgebaut ist, bis der Nachweis geliefert worden ist, daß diese Betten nicht mehr da sind“ (P 22/31).

## (2) Separierung der Rehabilitationseinrichtungen

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat, ohne eine konkrete Fehlbelegungsquote zu nennen, in seinem Jahresgutachten 1989 (Rz. 328) empfohlen, vermehrt Betten in Krankenhäusern umzuwidmen für Rehabilitationsaufgaben, insbesondere im geriatrischen Bereich und hat dabei folgende Auffassung vertreten:

„In den Akutkrankenhäusern sollten integriert geriatrische und rehabilitative Abteilungen regelhaft vorzufinden sein. Nur damit ist die Versorgungsqualität in einer überalterten Gesellschaft und vor allem eine Aus- und Weiterbildung von Ärzten für die Bedürfnisse dieser Bevölkerung zu gewährleisten.“

Dagegen lehnen nach den Bekundungen des Zeugen Postler die Krankenkassen eine Umwidmung von Krankenhausbetten für Rehabilitationaufgaben ab und treten in erster Linie aus Kostengründen für eine vollständige Trennung der Rehabilitationseinrichtungen von dem Krankenhausbereich ein:

„Das eine ist natürlich das Problem, wie die Patientensteuerung erfolgen wird, wenn die eine Abteilung des Hauses mit vom Staat subventionierten Betten belegt wird und bei der anderen Abteilung alle Kosten in die Pflegesätze eingehen. . . . Denn in aller Regel wird natürlich ein Rehabilitationsbett billiger sein als ein Akutkrankenbett. . . . Da wird ein Akutkranker mal zeitweise, weil eben der Bettenbedarf groß ist, in eine Reha-Abteilung hineingeschoben und der Krankenkasse möglicherweise der hohe Pflegesatz des Akutkrankenhauses in Rechnung gestellt. Diese Gefahr ist nicht auszuschließen“ (P 22/9).

Im Unterschied hierzu vertrat der Zeuge Deckner die Auffassung, daß eine Separierung der Rehabilitationseinrichtungen wegen der von den Krankenkassen befürchteten Mißbrauchsgefahr nicht erforderlich ist:

„Aber wenn es uns gelingt, im Augenblick für Neonatologie lückenlose Nachweise zu führen, daß wir da im Augenblick eben 1 240 DM brauchen und in der Neurochirurgie 570 DM, dann werden wir auch den Nachweis führen können, daß wir in der Geriatrie der angeschlossenen Abteilung 200 oder 250 DM als Satz brauchen, um die Kosten deckend zu führen. Das geht bei der Problematik weniger um die Kosten als um die Erträge.

Es ist vorgekommen, daß man da sehr zögerlich verlegt. Das ist aus der Sicht des Krankenhauses betriebswirtschaftlich nicht so ganz von der Hand zu weisen. Nur, letztlich macht man im Krankenhaus keinen Gewinn, sondern Kostendeckung“ (P 22/53).

Nicht aus Kostenerwägungen, sondern aus Gründen der Mitarbeitermotivation sprach sich die Sachverständige Dr. Schröder dafür aus, Rehabilitation vorwiegend in speziellen Rehabilitationskliniken durchzuführen:

„Dahinter steht die Erfahrung, daß es für die Mitarbeiter der großen Akutkrankenhäuser von deren Motivation her außerordentlich schwierig ist, auf der einen Seite voll technisierte Medizin zu betreiben und auf der anderen Seite so etwas wie eine gewisse Finalität in ihrer Arbeit zu entdecken“ (P 3/158).

Im Unterschied hierzu lehnte der Zeuge Deckner eine Separierung Geriatriisch-Kranker gerade deshalb ab, weil

„eine derartige Zusammenfassung aus pflegerischer Sicht für die Werbung von Pflegepersonal sehr viele Probleme bringen würde und in unserer Gesellschaft sehr leicht in den Bereich der Ausgrenzung führen würde“ (P 22/47).

Der Zeuge Deckner befürwortete Einrichtungen mit geriatrisch Kranken „in Abteilungsgröße oder auch in etwas größeren Einrichtungen mit bestehenden Krankenhäusern zu assoziieren, um eventuell einen Austausch im Personal zu haben und vor allem die gesamte vorhandene Infrastruktur von Versorgungseinrichtungen zu nutzen“ (P 22/47).

Die Angliederung von Rehabilitationseinheiten an große Akutkrankenhäuser befürwortete auch der Sachverständige Prof. Stauch (P 5/25) unter Hinweis auf eigene negative Erfahrungen in einem amerikanischen „Geriatric-Building“. Die Einrichtung eines Krankenhauses bzw. einer Rehabilitationsklinik nur für Alte würde in eine „Sackgasse für die Ausbildung und für die Medizin“ führen, „weil sich das Gesichtsfeld dann verändert“ (P 5/32).

Auf die Frage nach den Möglichkeiten der Zusammenarbeit medizinischer mit anderen Disziplinen meinte der Sachverständige Prof. Stauch:

„Es müßte so sein, daß innerhalb dieser Rehabilitationseinrichtungen Bezugspersonen vorhanden sind, dann eben etwas mehr Sozialarbeiter und etwas mehr Krankengymnasten und Physiotherapeuten und so etwas, daß aber auch das gesamte Potential medizinischer Art der ganzen Klinik (Anm.: zur Verfügung steht) . . .

. . . Da, wo sich eine Rehabilitationseinheit etabliert, kann die dann einen dauernden Bezug aufrechterhalten und zu den alten Leuten in der Region, ohne daß die nun sechs Wochen verschickt werden, und wenn das vorbei ist, kümmert sich kein Mensch mehr darum (P 5/33). . . Die Patienten selbst müssen andauernd motiviert werden, so etwas zu tun und nicht sozusagen zurückfallen ins Nichtstun“ (P 5/34, ähnlich Sachverständiger Dr. Leutiger, P 3/140).

Darüber hinaus würde eine intensive Zusammenarbeit zwischen Reha-Kliniken, Alten- bzw. Pflegeheimen und allen ambulanten Diensten nach Einschätzung der Sachverständigen Dr. Schröder (P 3/162) den Gesundheitsgrad der Patienten weiter verbessern. Behindert wird derzeit eine intensive Rehabilitationsarbeit, wenn die Patienten nach Eintritt ihrer Behinderung wegen langer Wartelisten nicht in Rehabilitationseinrichtungen verlegt werden können (Sachverständiger Dr. Schröder, P 3/160, sowie Zeugin Heck, P 8/65).

c) Personalausstattung zur geriatrischen Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Allgemeine Festlegungen des Personalbedarfs oder eventuelle zusätzliche Personalquoten zur geriatrischen Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bestehen nicht.

aa) Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung

Die Kosten geriatrischer Behandlung und rehabilitativer Maßnahmen, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung erfolgen (Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung), werden über Pflegesätze abgedeckt. Bei den zwischen den Vertragsparteien (Krankenhausträger und Krankenkassen) zu vereinbarenden Pflegesätzen ist auch eine Einigung über die Höhe der pflegesatzrelevanten Personalkosten zu erzielen.

(1) Anhaltszahlen 1969

Die Festlegung des Personalbedarfs basiert in erster Linie auf den von der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelten Anhaltszahlen von 1969, deren Berechnungsparameter lediglich um die Arbeitszeitverkürzungen fortgeschrieben wurden.

Diese Richtwerte sind zum einen aufgrund der Entwicklung in der Medizin zwischenzeitlich „überholt“ (Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/113, und Zeuge Dr. Bopp, P 22/70) und sehen für den geriatrischen Bereich als entscheidenden Parameter lediglich 101 Pflegeminuten pro Patient und Tag vor.

Mit dem Richtwert von 101 täglichen Pflegeminuten setzte sich der Zeuge Funk kritisch auseinander:

„Und da kann ich also wirklich auch nach Rücksprache mit Kollegen und aus eigener Anschauung sagen, daß dieser Wert als nicht ausreichend angesehen wird“ (P 25/69).

Zur Bekräftigung seiner Aussage gab der Zeuge an, daß sowohl eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Reha-Krankenhaus Karlsbad-Langensteinbach aus dem Jahre 1983 als auch Arbeitszeitstudien aus dem Bereich der Pfl-

gestationen in Altenheimen (vgl. hierzu Darstellung unter VI. 6. b) ergeben haben, daß

„allein für die Grundpflege mindestens ein Zeitaufwand von 100 Minuten anzusetzen sind und zusätzlich entsprechende Zeitfaktoren für Behandlungspflege, Verwaltungsaufwand und anderes mehr, was in der Summe zu 183 Minuten führt“ (P 25/69).

Nach den Bekundungen des Zeugen Funk wird im Reha-Krankenhaus Karlsbad-Langensteinbach das unzureichende Pflegezeitquantum kompensiert „durch interne Maßnahmen, also auch Einsatz von Zivildienstleistenden, Auszubildenden, Aushilfen usw.“ (P 25/71).

## (2) Wirtschaftlichkeitsrichtlinien

Daneben orientieren sich in Baden-Württemberg sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenhausträger an den ‚Richtlinien für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung der Krankenhäuser‘ (Wirtschaftlichkeitsrichtlinien). Diese nach § 38 Abs. 3 LKHG verbindlichen Richtlinien sehen zwar bei der Bemessung des Personalbedarfs durchweg die fortgeschriebenen Anhaltszahlen von 1969 vor. Jedoch heben die Richtlinien hervor, daß bei der konkreten Stellenbemessung Besonderheiten, wie etwa die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit der Patienten zu berücksichtigen sind, „soweit sie vom Krankenhaus durch (repräsentative) Statistiken oder andere Aufzeichnungen nachgewiesen oder ausreichend glaubhaft gemacht sind“.

## (3) Sozialer Krankenhausdienst

Für die unter das Landeskrankenhausgesetz fallenden Krankenhäuser gilt § 31 LKHG. Danach muß das Krankenhaus einen sozialen Krankenhausdienst sicherstellen. Der soziale Krankenhausdienst hat die Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen sozial zu beraten und zu betreuen, insbesondere wegen der Hilfen, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geboten sind. Der soziale Krankenhausdienst hat dafür zu sorgen, daß nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Die Beweisaufnahme ergab ein überwiegend positives Bild der tatsächlichen Leistungen des sozialen Krankenhausdienstes:

- Der bei der Universitätsklinik Ulm eingerichtete Sozialdienst knüpft nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Stauch (P 5/29, 35) „ganz gut die entsprechenden Fäden“ sowohl im Hinblick auf Anschlußmaßnahmen mit speziellen Rehabilitationseinrichtungen als auch einer angemessenen nachstationären Weiterversorgung, etwa in der Vermittlung von Essensdiensten. Bestimmte Grenzen gebe es jedoch dort, wo die alten Menschen aus der Versorgung durch die nächste Generation ausgeschlossen seien. Die dadurch bedingte Lücke könne in besonderem Maße durch Tageskliniken gefüllt werden; denn viele ältere Menschen müßten lediglich am Tage versorgt werden und ein bestimmtes Programm absolvieren.
- Zum sozialen Dienst beim Klinikum der Stadt Mannheim erklärte der Zeuge Deckner:

„Wir haben in jedem Krankenhaus einen Sozialdienst mit Sozialarbeitern, die sich dieser Patienten, auch der in Pflegeheimen zu verlegenden, sehr intensiv annehmen. Die versuchen dann, das häusliche Milieu schon während der stationären Behandlung, aber auch im nachhinein sozial aufzubereiten und zu sichern.“

Das ist eine sehr gute Einrichtung. Die gibt es nicht in allen Bundesländern. Das ist in Baden-Württemberg mit den Krankenkassen sehr gut vereinbart“ (P 22/54).

Kritisch äußerte sich der Zeuge Hummel, der auch eine inhaltliche Aufwertung des Sozialdienstes forderte:

„Weder freie Träger noch Kommunen, noch die Krankenhäuser haben derzeit ein Feeling dafür, daß hier eine Lücke ist (Anm.: zwischen dem Zuhause und dem Krankenhaus). . . .

. . . Was ich da sehe an krankenhaushelferischer Arbeit, reduziert sich auf Administration, auf Ermittlung, aber nicht eigentlich auf partnerschaftliche Auseinandersetzung mit der medizinischen Kompetenz im Haus. Das ist eigentlich ein ganz großer Mangel“ (P 7/42 f.).

#### (4) Bedarfsdeckung

Die Beweisaufnahme am 23. Februar 1990 ergab, daß mit dem gegenwärtigen Personalbestand der tatsächliche Pflegebedarf, insbesondere in geriatrischer Hinsicht insgesamt nicht gedeckt ist (Zeugen Autenrieth, P 22/39; Deckner, P 22/48, und Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/113).

Daneben wurde auch eine personelle Unterversorgung des sozialen Krankenhausdienstes bekundet, die für die Probleme des Übergangs von Krankenhauspatienten in die nachklinische Versorgung mit verantwortlich gemacht wurde.

Hierzu erklärte der Zeuge Deckner:

„Wir kriegen da pro 260 belegte Betten einen Sozialarbeiter. Das reicht natürlich nicht. Die Meßzahlen sollten verbessert werden. Daß die Kostenträger das aus Beitragsstabilitäts- und anderen Gründen nicht mitmachen können, ist eine andere Sache. Aber dieser (Anm.: rehabilitations- oder pflegebedürftige) Patient würde über den Sozialdienst in eine derartige Einrichtung (Anm.: Rehabilitationseinrichtung oder Pflegeheim) hineinverlegt werden müssen“ (P 22/54; im Ergebnis ebenso: Zeuge Hinderer, P 6/120).

#### (5) Richtwerte des Geriatriekonzepts der Landesregierung

Nach den Bekundungen des Zeugen Dr. Bopp (P 22/71 sowie Anlage 3 zu P 22) wird der mit dem Geriatriekonzept (vgl. hierzu die Darstellung unter I. 9. d) verbundene spezifische zusätzliche Personalbedarf mit Zustimmung der Krankenkassen folgendermaßen gedeckt:

- „Zur Wahrnehmung der Aufgaben des geriatrischen Schwerpunktes werden als Grundausrüstung für ein Krankenhaus der Regelversorgung (300–500 Betten) vier Stellen benötigt, die sich auf folgende Funktionsbereiche verteilen: Ärztlicher Bereich, nichtärztlicher therapeutischer Bereich (z. B. Krankengymnastik), pflegerischer Bereich, sozialbetreuerischer Bereich und Verwaltungsbereich.
- Zusätzlich zur Personalausstattung eines geriatrischen Schwerpunktes soll das geriatrische Zentrum mit einem weiteren (Anm.: in Geriatrie ausgewiesenen) Arzt sowie zwei Assistenzarztstellen als Rotationsstellen für die Ausbildung in Zusammenarbeit mit der Universität ausgestattet werden.“

Zum Zweck der ärztlichen Rotationsstellen erklärte der Zeuge Dr. Bopp namens der Landesregierung:

„Entscheidend ist, daß die Ausbildungsmöglichkeiten in diesen geriatrischen Themen sich verbreitern und daß wir von den Zentren aus in die Fläche wirken können“ (P 22/72).

## bb) Pflegefallbereich der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser

Die Wirtschaftlichkeitsrichtlinien gelten auch für die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser. Den Besonderheiten ihres Pflegefallbereichs wird nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 24) Rechnung getragen, indem ab 1. Juli 1988 der Personalschlüssel für Funktions- und Sonderdienste (z. B. Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik) in jährlichen Stufen von 1:20 auf 1:16, 1:14, 1:12 angehoben werden. Hierdurch sollen aktivierende und stabilisierende Angebote für pflegebedürftige Patienten in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern erreicht werden.

## cc) Anwendungsbereich des § 111 SGB V

Spezielle Personalquoten sind von den Krankenkassen beim Abschluß von Verträgen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 184 a RVO (bis 1. Januar 1989) nicht anerkannt worden (Zeuge Sing, P 5/42).

Bezüglich der nach § 111 SGB V (ab 1989) abzuschließenden Versorgungsverträge über „medizinische Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußbehandlung, die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern“, kündigte der Zeuge Sing bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1989 an:

„Wir werden auch in der Zukunft nicht breit im Land jetzt Anhaltzahlen vereinbaren, sondern wir werden an dem einzelnen Haus die Bedingungen zu akzeptieren haben, die dort herrschen . . .

Da sind die Grundentscheidungen, bei uns jedenfalls im Vorstand, so, daß wir auch hier Qualität einfordern. Das heißt in der Konsequenz: Qualität muß ich auch bezahlen. Deshalb auch immer wieder mein Hinweis, daß wir das alles nicht zum Nulltarif kriegen“ (P 5/57).

## d) Raumstandards für geriatrische Versorgungseinrichtungen

Richtlinien bestanden für die räumliche Ausstattung von geriatrischen Versorgungseinrichtungen bislang nicht. Mit der Entwicklung von Raumstandards ist eine Arbeitsgruppe befaßt, die zur weiteren Ausarbeitung des Geriatriekonzepts der Landesregierung vom 19. Juni 1989 (vgl. hierzu die Darlegungen unter I. 9. d) eingesetzt wurde.

Zum Stand der Arbeiten erklärte der Zeuge Dr. Bopp bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1990:

„Es gibt einen ersten Entwurf, der im Groben sagt, wie man sich diese Rehabilitationseinrichtungen auch an Akutkrankenhäusern vorstellt. Der wird schon in die Kreisbereisungen der Frau Minister eingebracht. Aber man ist dabei, auch noch die Raumstandards und die Personalstandards besser zu definieren, bezogen auf bestimmte Größen: 30 Betten, 60 Betten. In der Größenordnung schwankt das ja. Es soll in der Tat der örtliche Krankenhausträger eine Vorstellung gewinnen, was da zu tun wäre. Es soll nicht dieser Etikettenschwindel vorkommen, daß man nur auf das alte Akutkrankenhaus ein anderes Schild macht“ (P 22/81).

Modellhafte Flächen- und Raumprogramme für geriatrische Kliniken hat beispielhaft Rembeck auf der Grundlage der Betriebs- und Raumstruktur ausgewählter geriatrischer Akut-, Reha- und Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz entwickelt (abgedruckt in: „Das Krankenhaus“, 12/1988).

## 8. Finanzielle Förderung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen

### a) Abgrenzung der Kostenträgerschaft

Mit Hilfe der „rein administrativen Begriffe der Kostenträgerschaft“ (Österreich, Kommissionsbericht, S. 56) „Behandlungsfälle“ und „Pflegefälle“ werden Krankenversicherungsmaßnahmen zum sozialpflegerischen Bereich abgegrenzt, für den entweder das Selbstzahlerprinzip oder bei Bedürftigkeit des Einzelnen das Sozialhilferecht gilt.

Zur medizinischen Problematik dieser Abgrenzung wird im Vierten Familienbericht (1986) ausgeführt:

„... Bei ganzheitlicher Betrachtung des chronisch kranken alten Menschen ist der Arzt kaum in der Lage zwischen Pflegefall und Nichtpflegefall zu unterscheiden“ (ähnlich: Zeuge Ohnmacht, P 4/37 ff.).

Der Zeuge Hummel (P 7/48) führte den Mangel an ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, beispielsweise bei der Tagespflege, auf die stringente Abgrenzung der beiden Bereiche „innerhalb eines Systems sozialer Sicherheit“ und deren „mangelhaftes gegenseitiges Verständnis“ zurück. „Als Bürger kann man sich nur wundern, warum hier nicht durchlässigere Formen gefunden werden können“, meinte er.

### b) Ambulante Maßnahmen

Die geltenden Vergütungsregelungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sehen eine besondere Förderung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nicht vor. Soweit ärztliche Leistungen der Prävention oder Rehabilitation zur kassenärztlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung gehören, wurden die entsprechenden Leistungen von den Krankenkassen wie die übrigen Leistungen bislang durch Zahlung der Gesamtvergütung abgegolten. Hierbei ist der deutlich größere Zeitaufwand bei der Behandlung älterer Menschen bislang im Finanzierungssystem der Ärzteschaft nicht berücksichtigt (Sachverständiger Prof. Beischer, P 3/206).

#### aa) Vorsorgeleistungen nach der RVO

In den Vergütungsregelungen sind lediglich die gesetzlichen Vorsorgemaßnahmen verankert, „die genaugenommen nicht unter die Prävention zu rechnen sind“ (Zeuge Dr. Mohr, P 5/69; ähnlich: Zeuge Sing, P 5/46). Die Reichsversicherungsordnung sah Maßnahmen insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen mit spezieller Zielrichtung auf Brust-, Darm- und Gebärmutterkrebs bei Frauen, Prostata- und Darmkrebs bei Männern vor. Der Umfang der Krebsvorsorgeuntersuchung wurde durch den „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ festgelegt und von den Krankenkassen finanziert.

Darüber hinaus können die Krankenkassen aufgrund ihres Satzungsrechts allgemeine und individuelle Vorsorgemaßnahmen vorsehen, Zuschüsse zu ambulanten und stationären Kuren geben oder über Gesundheitsrisiken und gesundheitsbewußtes Verhalten informieren. Diese Angebote, die aus Mitteln der Krankenkasse finanziert werden, sollen vor allem Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln und beim Aufbau gesundheitsbewußter Verhaltensweisen Hilfestellung bieten.

#### bb) Erweiterte Vorsorgeleistungen nach dem GRG

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) macht in § 1 Satz 3 SGB V die Gesundheitsförderung zur Pflichtaufgabe der Krankenkassen. Art und Um-

fang bestimmt sich auch in Zukunft nach der Satzung (vgl. § 20 Abs. 3 SGB V). Die Versicherten erhalten nach dem GRG Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen. So ist nach § 25 Abs. 1 SGB V für Versicherte ab dem 35. Lebensjahr in zweijährigem Rhythmus eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (sog. Check-up-Untersuchung) neu hinzugekommen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat nach § 25 Abs. 4 SGB V die Kompetenz, die Inhalte dieser Untersuchungen auszuarbeiten.

Der Zeuge Sing (P 5/46) äußerte bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1989 die Hoffnung, daß dies zügig auf der Bundesebene geschieht, damit im Land sofort die entsprechenden Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden können. Die Krankenkassen setzten sich dabei zum Ziel, die Inanspruchnahme der Früherkennungsmaßnahmen zu verbessern, die bisher bei den Männern nie über 20 % und bei den Frauen etwa bei 30 % lag.

Der Zeuge Dr. Mohr (P 5/74) erklärte am 23. Februar 1989, die Kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg werde mit den Krankenkassen verhandeln, damit der genannte „Check-up“ außerhalb des fest vorgegebenen Gesamtvergütungsvolumens finanziert werden kann. Ein besonders großes Interesse an derartigen Verträgen scheint hauptsächlich bei den Innungskrankenkassen zu bestehen, da diese eine „bessere Risikostruktur ihrer Klientel“ (weniger Rentner!) als etwa die AOK besitzen (P 5/78).

Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Große-Ruyken hat in Baden-Württemberg der Landesverband der Betriebskrankenkassen als erster mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg eine Honorarpauschale von 140 DM für den ‚Gesundheits-Check-up‘ vereinbart:

„... das entscheidend Neue ist dabei (Anm.: die Verpflichtung für die Ärzte), daß Risikogefährdete in eine entsprechende verhaltenstherapeutische Gruppe einzuweisen sind. Die Kasse hat sich im Vertrag verpflichtet, entsprechende Gruppenleiter und notwendige Räumlichkeiten bereitzustellen. Der Arzt selbst kann eine praxisinterne oder im Verbund mit anderen Kollegen eine praxisübergreifende Gruppe gründen. Für die Gruppenleitung würde er ebenfalls durch die Kasse honoriert werden. Gruppenleitung kann jedoch auch – je nach Gruppenart – von anderen qualifizierten Berufsgruppen übernommen werden, zum Beispiel Streßbewältigungsgruppen von Psychologen, Bewegungsgruppen von einem Sporttherapeuten usw.

Nach dem Vertrag müssen die Probanden ein halbes Jahr nach der Gruppenarbeit wieder den Hausarzt zur Nachuntersuchung aufsuchen, wofür dieser ein Honorar von 80 DM erhält; das gleiche erfolgt nach einem Jahr für ein Honorar von 60 DM“ (P 5/7).

Nach Auffassung der Landesärztekammer Baden-Württemberg sollte diese Vereinbarung Vorbild für Vertragsabschlüsse aller übrigen Kassen sein:

„... Es ist nur sinnvoll und ratsam, aus den Ergebnissen eines solchen Gesundheits-Checks Konsequenzen zu ziehen, wie es hier im Hinblick auf die verpflichtende Gruppenarbeit gemacht wird... Sonst verläuft das Ganze nur wieder im Sande und ist eine Ausweitung der Gesamtleistung“, erklärte der Sachverständige Dr. Große-Ruyken (P 5/7).

Im übrigen regte er an, die Krankenkassen sollten sich im Lande zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen und einen „Finanztopf“ entsprechend den Mitgliederzahlen der einzelnen Kassen bilden, aus dem „präventiv sinnvolle Maßnahmen“ bezahlt würden. Dies könne über die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung in Gang gesetzt werden.

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung ist nach den Worten der Zeugin Barbara Schäfer von der Landesregierung als „ein Instrument zur Umsetzung präventiver Maßnahmen generell und auch für die ältere Generation“ (P 6/6) entwickelt worden. Die Wirkungen der



Landesarbeitsgemeinschaft ergeben sich daraus, daß sie mit allen mit Prävention oder Rehabilitation befaßten Institutionen zusammenarbeite und „in Zusammenarbeit mit diesen entsprechende Programme entwickelt“ (P 6/40 f.).

cc) Gewährleistung gleicher Präventionsleistungen

Zur Frage des Angebots gleicher Präventionsleistungen ist nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 24) bei den im SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Präventionsleistungen gewährleistet, daß diese überall zu den gleichen Bedingungen gewährt werden. Vor allem gelte dies für die Bereiche der Früherkennung von Krankheiten und der medizinischen Vorsorgeleistungen. Die Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit legen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung nach Art und Umfang selbst fest, wobei eine enge Zusammenarbeit „mit den zuständigen Stellen“ erfolgen sollte.

Nach den Bekundungen des Zeugen Sing (P 5/50 ff.) ist in der Vergangenheit bei „allen Leistungen, die einen Freiraum ermöglichen, sehr unterschiedlich gehandelt worden“. Auch in der Zukunft erwartet der Zeuge keine Einheitlichkeit, da die Grundbedingungen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung so angelegt seien, daß jede Krankenkasse einen bestimmten Vorteil zu erreichen versuche. „Eine Angleichung der Leistungen könne eventuell die Organisationsreform (Anm.: der gesetzlichen Krankenversicherung) bringen.“

Dagegen meinte die Zeugin Barbara Schäfer (P 6/31), daß durch die Mitwirkung aller Krankenkassen in der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung und der Arbeitsgemeinschaften der Gesundheitserziehung an den Gesundheitsämtern „im Ergebnis ein gleichmäßiges Angebot für die Betroffenen, für die Bevölkerung, herauskommt“.

Im Unterschied hierzu schätzte der Zeuge Sing (P 5/52) die diesbezüglichen Wirkungen der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung als „bescheiden“ ein.

dd) Ärztliche Beratung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben Verträge abgeschlossen, die sicherstellen sollen, daß behinderte Personen über die Möglichkeit der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsleistungen umfassend beraten und die gebotenen Maßnahmen von den Rehabilitationsträgern vorzeitig eingeleitet werden. Die Verträge finden Anwendung in der kassenärztlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten und familienhilfeberechtigter Angehörigen der gesetzlichen Krankenkassen.

c) Stationäre Maßnahmen

Soweit Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung erfolgen, werden die Kosten über den Pflegesatz abgedeckt. Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind, werden hinsichtlich Investitionskosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert. In welchem Umfang Investitionsleistungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung zur Finanzierung präventiver und rehabilitativer Einrichtungen für ältere Menschen eingesetzt wurden, ist im einzelnen nicht quantifizierbar.

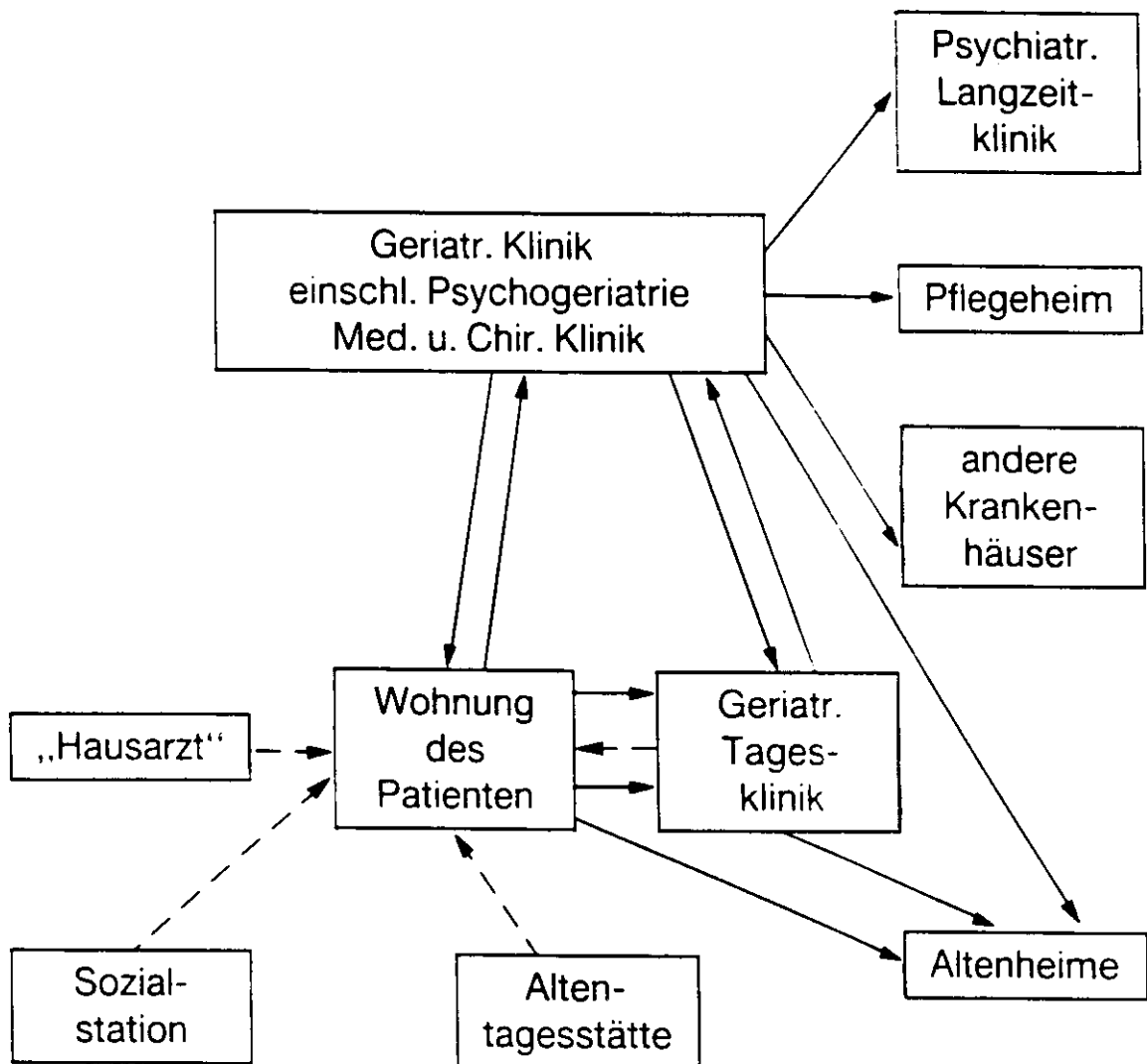
## 9. Konsequenzen für die ambulante und stationäre Versorgung

### a) Integratives geriatrisches Gesamtkonzept

Die Kommission „Altern als Chance und Herausforderung“ hat im Auftrag der Landesregierung im September 1988 ein umfassendes und detailliertes Versorgungskonzept vorgelegt. Eine rasche Umsetzung der Kommissionsvorschläge wird nach Überzeugung des Sachverständigen Prof. Schlierf (P 9/51) sowohl eine baldige Verbesserung der geriatrischen Versorgung als auch Fortschritte in der Forschung (vgl. hierzu unter IV. 2.) und Lehre bewirken.

In Anlehnung an die Kommissionsergebnisse forderte der Sachverständige Dr. Große-Ruyken (P 5/5,8) ein „integratives geriatrisches Gesamtkonzept für die Versorgung älterer Menschen“. Dazu gehört in jedem Stadt- und Landkreis eine geriatrische Klinik einschließlich einer Psychiatrischen Abteilung sowie eine Medizinische und Chirurgische Klinik im Verbund mit Pflege- und Altenheimen, einer Geriatrischen Tagesklinik, Sozialstationen und Altentagesstätten.

Die Verzahnung der oben genannten Einrichtungen ergibt sich aus folgendem Schaubild (nach Exton-Smith, Allied Health and Behavioral Sciences 2 (1979), S. 161 ff.):



„Geriatrische Zentren“ sind, nach Meinung des Zeugen Sing (P 5/63) „nur das Heil für Falschbelegungen, zum Beispiel auch um stationäre Aufenthalte vielleicht zu verhindern“. Um dieses Ziel zu erreichen, „sollten wir mehr in das Angebot der ambulanten Situation gehen, die Sozialstationen noch anders angehen“.

Die Vermehrung geriatrischer Rehabilitationskliniken sowie die Erweiterung poststationärer Möglichkeiten, um den „wiedererlangten Optimalzustand zu erhalten“ durch Tagespflege mit Therapieangebot, Kurzunterbringung u. ä., empfahl die Sachverständige Dr. Schröder (P 3/154; ebenso: Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/140).

Sowohl nach Entlassung aus dem Krankenhaus nach einer Alterserkrankung als auch vor einer beabsichtigten Einweisung in ein Pflegeheim sollte nach Auffassung des Zeugen Oswald (P 6/73) ein individueller Rehabilitationsplan für den älteren Menschen erarbeitet werden, der von den ambulanten Diensten umgesetzt werden müßte. Erforderlich sei hierzu die Entwicklung spezieller fachlicher Konzepte sowie die finanzielle und personelle Sicherstellung dieser Dienste.

b) Modellversuch „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen“

Nach Angaben der Zeugin Barbara Schäfer (P 6/10, 42 ff.) hat die Landesregierung aus der Erkenntnis, „daß im Bereich der Rehabilitation ein Ersatzstück noch fehlt“, und „daß die Zusammenarbeit aller angebotenen Hilfsdienste, aller Bereiche auch – im stationären Bereich, im ambulanten Bereich, der familiären Pflege –, verbessert werden muß“, einen Modellversuch mit unterschiedlich strukturierten Regionen für die Dauer von drei Jahren initiiert.

Die Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Sozialministerium und den beteiligten Körperschaften, Verbänden und Institutionen der Modellregionen Ludwigsburg, Ostfildern und Waldshut wurden am 16. Februar 1989 abgeschlossen. Ziel des Modellversuchs soll sein, „ein optimales Hilfesystem zu vernetzen und ein Verbundsystem zu schaffen“. Deshalb wird zum einen erprobt, „welche Hilfen in besonderer Weise aus der Kreissituation heraus nachgefragt werden“, und ob bzw. wie die bisherige Finanzierung (einschließlich Wirtschaftlichkeit einzelner Einrichtungen) verbessert werden kann.

Darüber hinaus sollen nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 6. Juni 1989, S. 14) „unter Einbeziehung und Mitwirkung aller Beteiligten und stetiger Verwertung bzw. Umsetzung der vorliegenden Ergebnisse schrittweise neue Strukturen realisiert und das Hilfeangebot für die Zielgruppe weiter optimiert werden, so daß sich die Modellkonzeption hierdurch stetig weiterentwickeln kann“.

Im einzelnen werden mit dem Modellversuch folgende Ziele angestrebt:

- Erprobung ortsnaher Rehabilitation und altersgerechter Versorgung im Krankenhaus
- Längerer Verbleib alter Menschen in den „eigenen vier Wänden“ durch Ausbau des betreuten Wohnens
- Erhaltung der sozialen Integration älterer Menschen, Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe
- ganzheitliche Hilfen für Zuhause lebende pflegebedürftige ältere Menschen durch die ambulanten Dienste
- ortsnahe pflegerische Versorgung – stationär und teilstationär –

- Sicherung einer effektiven und vertrauensvollen Zusammenarbeit der Dienste und Träger bei verbesserter Übersichtlichkeit und Verlässlichkeit für die Hilfsbedürftigen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Stellungnahme des SM vom 6. Juni 1989 (S. 12 ff.) sowie auf die Antwort des SM auf die Kleine Anfrage der Abg. Peter Hund und Ulrich Lang SPD, betr. Modellversuch zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen – Drucksache 10/1591 – vom 25. Mai 1989 verwiesen.

Auf die Frage nach der finanziellen Förderung des Modellversuchs durch das Land wies die Zeugin Barbara Schäfer (P 6/49) klarstellend darauf hin, daß die durch wissenschaftliche Begleitung des Modellversuchs anfallende zusätzliche Arbeit vom Land finanziert wird:

„Die offenen Hilfen (Anm.: in den drei Modellkreisen) werden wie bisher finanziell aus Mitteln der Trägerverbände und Zuschüssen des Landes und Zuschüssen der Kommune“ (P 6/51) unterstützt.

c) Modellversuche zur Verbesserung der Rehabilitationschancen chronisch-psychisch Kranker

Nach Angaben der Landesregierung werden gemeinsam mit den Landeswohlfahrtsverbänden an einigen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (Wiesloch, Bad Schussenried und Emmendingen) Modellversuche zur Verbesserung der Rehabilitationschancen chronisch-psychisch Kranker eingerichtet. In diesen Einrichtungen besteht im Rahmen der stationären Behandlung bereits die Möglichkeit einer aktivierenden und rehabilitativ ausgerichteten Behandlung und Betreuung, insbesondere im Bereich der Beschäftigungstherapie und auf dem Gebiet des Trainings sozialer Fähigkeiten (Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der CDU-Fraktion – Drucksache 10/660 – V Nr. 2 und VII Nr. 7).

d) Geriatrie-Konzept der Landesregierung

aa) Diskussionsentwurf

Das Geriatrie-Konzept der Landesregierung vom 19. Juni 1989 baut im wesentlichen auf den Beschlüssen des Landeskrankenhausausschusses vom 8. Mai 1987 zur Versorgung alterskranker Menschen auf und hat diese unter Auswertung der Erkenntnisse aus dem Kongreß „Altern als Chance und Herausforderung“ von 1988 und den Vorbereitungen auf den Modellversuch zur „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen“ in den Jahren 1987 bis 1989 weiterentwickelt. Das Geriatriekonzept ist als Diskussionsentwurf gedacht und „erhebt nicht den Anspruch eines umfassenden und abschließenden Vorschlags, sondern ist offen für Diskussion und Verbesserung. Es präzisiert aber die von der Landesregierung für anstrebenwert gehaltene Umgestaltung der Gesundheitsversorgung für alte Menschen. Der Entwurf versteht sich als Angebot an alle an der gesundheitlichen Versorgung alter Menschen Beteiligten, die Krankenkassen, die Kommunen, die Träger der Wohlfahrtspflege, die Landeswohlfahrtsverbände, die Krankenhäuser und Ärzte, auf dieser Plattform ihre Beiträge mit dem Beitrag des Landes abzustimmen“ (so Vorbemerkung des Geriatriekonzepts).

## bb) Grundsätze für den Ausbau der Versorgung

Die geriatrische Versorgung der Zukunft soll so angelegt sein, daß sie

1. menschengerecht (= möglichst lange Erhaltung der Selbständigkeit)
2. ganzheitlich orientiert (= unter Berücksichtigung psychischer, physischer und sozialer Faktoren)
3. kooperativ und vernetzt (mit einer Stärkung der Subsidiarität und Selbsthilfe)
4. gemeinde- und familiennah
5. leistungsfähig und wirtschaftlich (durch ein gestuftes, vernetztes System von Einrichtungen und Diensten)
6. finanziell und personell tragfähig (durch Umschichtung, Neueinstellung und geriatrischer Weiterqualifikation des Personals)

ist.

## cc) Zielvorstellungen zur geriatrischen Versorgung

Für die drei großen geriatrischen Bedarfsbereiche

- Prävention
- Behandlung
- Rehabilitation

beschreiben die Zielvorstellungen aufgrund des örtlich variierenden Umstrukturierungsaufwandes nicht die im einzelnen Landkreis notwendigen Maßnahmen, sondern geben differenzierend für die ambulante und stationäre Versorgung den in den nächsten Jahren auszufüllenden Rahmen an.

Der stationäre Versorgungsbereich ist bereits in den Krankenhausbedarfsplan III vom 13. November 1989 eingegangen (vgl. StAnz. vom 25. November 1989, S. 5 ff.) und sieht im wesentlichen eine dreistufige Strukturierung vor:

- Geriatrische Grundversorgung im Allgemeinkrankenhaus

soll durch eine geriatrische Qualifizierung aller Allgemeinkrankenhäuser erfolgen. Dies erfordert, das ärztliche Wissen um die spezifischen Behandlungserfordernisse und -möglichkeiten zu erweitern, Pflegekräften die Fortbildung in geriatrischer Pflege anzubieten und den Krankenhaus-Sozialdienst für die Kooperation mit den Angehörigen, dem Hausarzt und den Sozialstationen sowie Pflegeheimen auszubauen.

- Geriatrischer Schwerpunkt

Grundsätzlich soll an je einem Krankenhaus pro Landkreis ein geriatrischer Schwerpunkt entstehen mit den Aufgaben der ärztlichen Konsultation und der Verknüpfung von Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten. Auch soll er Stützpunkt des geriatrischen Konsils auf Kreisebene sein. Vom geriatrischen Schwerpunkt aus soll die Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften an Krankenhäusern, Sozialstationen und für den niedergelassenen Bereich organisiert werden.

- Geriatrisches Zentrum

Geriatrische Zentren sollen an den Standorten der Maximalversorgung eingerichtet werden. Über die diagnostischen, therapeutisch-beratenden und informierenden Funktionen des geriatrischen Schwerpunktes hinaus sollen Geriatrische Zentren originär therapeutische Aufgaben wahrnehmen und die Weiterentwicklung der geriatrisch ganzheitlichen Behandlung modellhaft erproben.

Von einer weiteren Darstellung der angestrebten stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen wird hier wegen ihres erheblichen Umfangs abgesehen. Wegen der Einzelheiten wird insoweit auf Ziffer V des Geriatrie-Konzeptes verwiesen.

dd) Verbesserungsvorschläge

Für eine gemeindenahe Versorgung müssen die geeigneten Strukturen zusammen mit den Beteiligten auf Kreisebene entwickelt werden.

Dennoch können nach Auffassung der Landesregierung (vgl. Ziffer VII des Geriatrie-Konzeptes) als Eckpunkte der zu erreichenden Verbesserungen benannt werden:

- (1) Verbesserung des geriatrischen Wissens und Vorgehens an allen Akutkrankenhäusern
- (2) In jedem Kreis ein geriatrischer Schwerpunkt an einem geeigneten Akutkrankenhaus – zugleich Stützpunkt des geriatrischen Konsils
- (3) Frühestmöglicher Beginn der Rehabilitation im Akutkrankenhaus
- (4) Gesicherte Anschlußheilbehandlung im Kreis für alle rehabilitationsfähigen Patienten in einer Rehabilitationseinrichtung oder durch ambulante Dienste
- (5) Kurzzeitpflegeplätze und Krankenwohnungen zur Vermeidung von Krankenhausaufhalten und zur Entlastung pflegender Angehöriger
- (6) Aktivierende und rehabilitative Pflege im Pflegeheim als präventive oder rückkehrfördernde Maßnahme
- (7) Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung durch Ärzte, Sozialstationen und Tagestätten oder Betreuungsdienste
- (8) Vernetzung der Einrichtungen und Dienste durch eine Kooperations- und Informationszentrale im jeweiligen Versorgungsgebiet.

Zum Ergebnis des Anhörungsverfahrens erklärte die Zeugin Schäfer bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990:

„Die Anhörung von Fachleuten und Verbänden zu diesem Geriatriekonzept im Juli bzw. September des Jahres 1989 hat gezeigt, daß wir mit diesem Geriatrie-Konzept auf dem richtigen Wege sind. Es ist vielleicht lohnend, einmal über die Landesgrenzen hinaus zu blicken, um zu sehen, was sich denn dort tut, und darauf hinzuweisen, daß wir mit diesem Geriatrie-Konzept eine bundesweite Vorreiterfunktion übernommen haben“ (P 21/95).

Bezüglich der Umsetzung des Geriatrie-Konzeptes stellte die Zeugin Schäfer klar, daß hierfür angesichts „der vielfältigen Ansätze im Geriatrie-Konzept das Zusammenwirken aller Beteiligten erforderlich ist:

„Hierzu habe ich einen Runden Tisch der Geriatrie eingerichtet, zu dem am 8. Dezember 1989 alle Beteiligten zusammengekommen sind. Für wichtige Bereiche der geriatrischen Versorgung haben die Beteiligten am Runden Tisch der Geriatrie eigene Arbeitsgruppen zur Konkretisierung eingerichtet. Hier sollen zum Beispiel die Definition der Anforderungen an geriatrische Reha-Einrichtungen, die Aufgaben und Standortanforderungen für geriatrische Zentren und geriatrische Schwerpunkte und das schwierige, aber bedeutende neue Organisationskonzept eines Geriatrischen Konsils beraten werden“ (P 21/96).

Nach Einschätzung der Landesregierung wird die Umsetzung des Geriatrie-Konzeptes den Zeitraum der nächsten zehn Jahre erfordern (P 21/97).

## ee) Haltung des Landkreistages Baden-Württemberg

Für den Landkreistag erklärte der Zeuge Dr. Gerhardt bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990:

„Was natürlich für uns ein ganz besonderes Anliegen ist und was wir auch immer deutlich nach außen getragen haben: daß die Rehabilitationseinrichtungen deutlich verbessert werden. . . . Häufig ist die Entwicklungslinie vom Krankenhaus ins Pflegeheim. Diesen Automatismus wollten wir natürlich sehr gerne unterbrochen sehen in der Richtung, daß nach dem Krankenhaus die Rehabilitation kommt. Darum stehen wir auch mit den Kassen an und für sich in verhältnismäßig aussichtsreichen Verhandlungen. Ein gewisser Schlußstrich ist ja schon gezogen, daß man überlegt, wenn Krankenhausbetten abgebaut werden müßten, daß man doch einen gewissen Teil der abgebauten Betten für Rehabilitation vorsieht und praktisch hier diese Zwangsläufigkeit für alte Menschen, daß nach einer Operation, ohne daß da betreuende Maßnahmen vielleicht über Wochen oder bestimmte Zahl von Monaten hinweg Platz greifen, der Pflegefall zur Selbstverständlichkeit wird“ (P 21/39).

Auf Frage nach Initiativen seitens der Landkreise wies der Zeuge Dr. Gerhardt darauf hin, daß er mangels Übersicht nicht über die Aktivitäten jedes einzelnen Landkreises Bericht erstatten kann. Für den Landkreistag und die einzelnen Landkreise war die Situation durch die Frage der Bettenkontingente gekennzeichnet:

„Unsere Vorstellungen waren zunächst einmal: aus den stillzulegenden Krankenhausbetten nach dem Krankenhausbedarfsplan I, II, III in den verschiedenen Stufen sozusagen nehmen wir einen gewissen Teil heraus und weisen die für diese Verwendungszwecke vor. Da haben aber die Kassenverbände in dem Sinne nicht mitgemacht. Sie wollten also Stillelegung; aber sie haben sich bereit erklärt, hier eine gewisse Anzahl von Vertragsbetten zu konzedieren. Das ist etwa die zweitbeste Lösung; aber wir haben uns mit dieser zweitbesten Lösung auch einverstanden erklärt im Sinne der Sache. Wenn nun dieses Modell gelaufen ist oder sozusagen hier diese notwendigen Absprachen getroffen worden sind, dann natürlich ist ein gewisser Handlungsspielraum für die Kreise gegeben. Da muß man natürlich auch sehen: kein Landkreis bringt derartige Einrichtungen auf den Weg, wenn das nicht abgesichert ist mit den Kassenverbänden und da auch die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen gegeben sind, damit die Sache über den Pflegesatz und über diese Abgeltung der finanziellen Lasten läuft. Aber da bin ich eigentlich jetzt guten Mutes . . . die rechtliche Grundlage wurde ausgangs des abgelaufenen Jahres gelegt. Und jetzt sozusagen haben die Krankenhausträger Gestaltungsmöglichkeiten“ (P 21/41).

## ff) Haltung des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden

Bei der Beweisaufnahme am 8. Dezember 1989 meinte der Zeuge Sing (P 20/83 ff.), daß in folgenden geriatrischen Bereichen Verbesserungen erforderlich sind:

- bei den Krankenhausstrukturen und den ambulanten Diensten mit dem Ziel die Anzahl der Fehlbelegungen zu reduzieren
- bei der Koordinierung und Vernetzung der Einrichtungen bzw. Dienste und damit der Betreuung von Patienten
- bei der Finanzierung von gerontopsychiatrischen Tagesstätten.

Zur Problemstellung, ob der stationäre Teil des vorgelegten Geriatrie-Konzeptes als Krankenhausplanbetten der Förderung des Landes unterliegen, oder ob es Betten sind, für die nach § 111 SGB V Versorgungsverträge abzuschließen sind, erklärte der Zeuge Sing:

„Vom Grundsätzlichen her stimmen wir einem Konzept zu, wo die Linie gefahren wird, daß es über Versorgungsverträge geht, das heißt, daß es Rehabilitationseinrichtungen sind oder Rehabilitationscharakter hat. Das heißt im Klartext, damit ist der Förderbereich des Landes in der Krankenhausplanung von uns weg. Dabei sehen wir für uns eine Korrektur; denn normalerweise müßte man sich fragen, warum die Krankenversicherung auf Fördermittel des Landes verzichtet. Wir verzichten deshalb darauf, weil ohnehin der gesamte Sektor der Fördermittel so bescheiden ist, daß er außer der vollen Einflußnahme des Landes in der Krankenhausplanung nicht mehr sehr viel bewegt. . . .

Aber entscheidender ist, daß wir den Selbstkostendeckungsanspruch wegbekommen, weil in dem Gesetz bei Reha-Einrichtungen ausdrücklich von Vergütungen die Rede ist. Das ist für uns wichtig, und noch wichtiger ist, daß wir über Versorgungsverträge die Bedingungen stellen. Da erhoffen wir künftig eine wesentlich qualitativere Stufe in der Versorgung von Versicherten. Was nun in diesen Versorgungsverträgen für Standards gefordert werden, das wollen wir gerade in dieser Arbeitsgruppe mit der Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden versuchen, gemeinsam zu erarbeiten“ (P 20/93).

## II. Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben

(Ziffer B. II. des Untersuchungsauftrags)

### I. Allgemeines

Für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit im Alter ist neben einer guten Gesundheit und Versorgung auch ausschlaggebend, welche Freizeitaktivitäten, Interessen und sozialen Kontakte die Menschen ausfüllen. Einsamkeit und das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, beeinträchtigt das Wohlbefinden häufig so sehr, daß gesundheitliche Wirkungen damit verbunden sein können.

Durch Aktivität im Alter können zwar „schicksalhafte Altersveränderungen“ nicht verhindert werden. „Aber Mißempfindungen werden nicht mehr so wahrgenommen und man kann damit leben, wenn man Freude hat am Aktivsein, an irgend etwas, was Freude am Alter macht; denn die allermeisten Menschen in der Isolation haben nicht mehr die rechte Freude am Alter“, erklärte der Sachverständige Dr. Boll (P 3/170).

Nach Angaben der Zeugen Schäfer (P 7/159) und Roos (P 8/74) sind die Möglichkeiten älterer Menschen, sich aktiv am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen, abhängig von der jeweiligen Altersphase und dem damit verbundenen „Anforderungsprofil“. Nach Schäfer „sind die alten Alten sehr viel stärker auf medizinische und Rehabilitationsmaßnahmen usw. angewiesen, während es bei den jüngeren Alten vor allem um Fragen der Lebensgestaltung und der Selbstbestimmung geht“. Mit Roos ist das Alter in drei Phasen einzuteilen, die individuell sehr unterschiedlich erlebt werden:

- Im „aktiven Alter“ werden die „allgemeinen kulturellen Angebote“ wahrgenommen, wie beispielsweise Volkshochschulprogramme, Angebote der Reiseunternehmen, der Bildungswerke u. ä. (vgl. unten 2.–6.).
- Im „Alter, in dem man mit reduzierten Bedingungen umgehen muß“, besteht ein besonderes Bedürfnis nach Gruppenkontakt. Die wichtigsten Ziele einer solchen Gruppenarbeit sind geistige Arbeit bis hin zum Training des Gedächtnisses, der Selbständigkeit (auch in äußeren Dingen, wie zum Beispiel die Handhabung eines Bankomats) sowie der Bewegungsfähigkeit (vgl. unten 2.–5.).



- Im Stadium der Pflegebedürftigkeit kommt es neben der Betreuung der Pflegebedürftigen, wie beispielsweise Abholen zu geselligen Treffen, Besuchsdiensten u. ä., in verstärktem Maß auch darauf an, den „Ausbrennungstendenzen“ bei den pflegenden Angehörigen zu begegnen (vgl. unten 7. und 8.).

## 2. Weiterbildung

### a) Zielgruppenorientierte Bildungsangebote

Die traditionell in der Erwachsenenbildung tätigen Volkshochschulen, die Kirchen sowie die Wohlfahrtsverbände arbeiten in den letzten Jahren verstärkt zielgruppenorientiert und bieten zunehmend spezielle Seniorenprogramme mit einer umfangreichen Themenauswahl an (SM, Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 36). Daneben öffnen sich auch die Hochschulen den Senioren, indem nicht nur die Möglichkeit besteht, als Gasthörer an Lehrveranstaltungen und an Veranstaltungen des „Studium Generale“ teilzunehmen, sondern auch spezielle Bildungsveranstaltungen und Studiengänge (incl. „Prüfungstreß“, P 7/164) für ältere Menschen angeboten werden.

### aa) Mischung der Generationen

Im Hinblick auf die demographischen Daten meinte der Zeuge Dr. Rieder (P 7/4), es müsse mehr gelingen, die Generationen auch durch pädagogische Programme zu mischen. „Dieses Gucken auf altersspezifische Einrichtungen ist zu monokulturell, also zu eindimensional“, und könne einer Gettoisierung Vorschub leisten. Er forderte deshalb, daß sowohl im Bereich der Erwachsenenbildung, der politischen Bildung als auch in allen Bereichen der Kunst und Kultur, des Sports und der Freizeitgestaltung gemeinsam etwas getan werden muß.

Zum Programmangebot der Volkshochschulen erklärte die Zeugin Krausnick-Horst:

„... ältere Menschen sollten soweit wie möglich in Veranstaltungen, an denen auch jüngere Menschen teilnehmen, integriert werden. ... Insofern sind natürlich in allen Volkshochschulveranstaltungen ältere Menschen zu finden.

... es gibt eigentlich nicht sehr viele Inhalte in der Weiterbildung, die sich speziell an Senioren wenden müssen, sondern das hängt natürlich sehr häufig mit der Organisation der Veranstaltungen zusammen“ (P 7/58).

### bb) Inhaltliche und organisatorische Erfordernisse

Damit ältere Menschen die Weiterbildungsangebote tatsächlich wahrnehmen, sind spezifische organisatorische und inhaltliche Erfordernisse zu berücksichtigen.

Hierzu sagte die Zeugin Krausnick-Horst:

„Nach der Erfahrung der Volkshochschulen ist der frühe Nachmittag der besonders geeignete Zeitpunkt (Anm.: für entsprechende Veranstaltungen). ... Sie (Anm.: die Veranstaltungsräume) müssen zentral liegen und gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sein. ... Die Frage der Räume ist ganz entscheidend für die älteren Menschen. Denn die älteren Menschen brauchen sicherlich so etwas wie eine Clubatmosphäre“ (P 7/59).

Letzteres zeigt sich nach Aussage der Zeugin Krausnick-Horst gerade im Bereich des Sprachunterrichts. Da Senioren im allgemeinen nicht so zielgerichtet wie junge Menschen lernen, hätten sich hier Seniorenkurse durchaus bewährt, bei denen die „Kommunikation eine ganz zentrale Rolle, die Mitwirkung, das Gespräch an sich, spielt“. Auch seien bei Einzelveranstaltungen ungefähr 40 % der Teilnehmer über 60 Jahre alt, während im Kursbereich die Zahl der älteren Menschen bei den allgemeinen Angeboten für alle Altersgruppen nur wenige Prozent betrage.

Der Sachverständige Dr. Boll (P 3/188) bezeichnete das Kurssystem als „völlig altenwidrig. Deshalb ist das System der Volkshochschule das bestmögliche System für die Erwachsenen, aber nicht für die Alten.“ Demgegenüber verfolgt die „Akademie für Ältere“ (Heidelberg) nach den Worten des Sachverständigen Dr. Boll folgende pädagogische Grundlinien:

„Es (Anm.: die Bildungsangebote) findet alles tagsüber statt, es findet so statt, daß kein Streß aufkommt, es findet so statt, daß die Alten eben langsam lernen können, gründlich“ (a. a. O.).

#### cc) Besonderer Beratungsbedarf älterer Menschen

Einen außerordentlich großen Beratungsbedarf älterer Menschen in der Weiterbildung konstatierte die Zeugin Krausnick-Horst:

„Wir dürfen für alte Menschen nicht eine so sachliche Atmosphäre etwa bei der Anmeldung zu den Veranstaltungen schaffen wie bei jüngeren Menschen, so daß da per Bildschirm ruckzuck eingeschrieben wird. Der alte Mensch erwartet eine andere Atmosphäre, und wir brauchen deshalb eigene Anmeldestellen und eigene Anmeldezeiten“ (P 7/68).

#### dd) Seniorenarbeit im ländlichen Raum

Ein spezielles Problem der Seniorenarbeit besteht nach Angaben der Zeugin Krausnick-Horst (P 7/61 f.) darin, diese im ländlichen Bereich zu organisieren. Von der Finanzierungsfrage kostenaufwendiger kleiner Gruppen älterer Menschen abgesehen, müßten zunächst die Raum- und insbesondere die Verkehrsprobleme gelöst werden, indem spezielle Weiterbildungsbusse, Sammeltaxen oder dgl. eingesetzt werden. Auch müßten die Gemeinden geeignete Räume an den Vormittagen und an den frühen Nachmittagen zur Verfügung stellen.

#### b) Fehlende Bildungsangebote

##### aa) Vorbereitung auf den Ruhestand und das Alter

Nicht ausreichend ist derzeit noch das Angebot an Maßnahmen für die Vorbereitung auf den Ruhestand und das Alter. Da nicht wenige Betroffene den Übergang in den Ruhestand aufgrund der damit verbundenen Rollen-, Aufgaben-, Status- und Kommunikationsverluste als einen problematischen Lebenschnitt erleben, sind solche Maßnahmen von wesentlicher Bedeutung. Nach Angaben der Landesregierung (Drucksache 10/660 – III. 1.) wird derzeit vom Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der „Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung e. V.“ in Heidelberg ein Leitfaden für die Durchführung von Veranstaltungen zur Vorbereitung auf den Ruhestand und das Alter erarbeitet. Der Leitfaden soll sich an die für die Durchführung solcher Angebote in Betracht kommenden Institutionen wenden, um deren Bereitschaft zu stärken, entsprechende Veranstaltungen anzubieten und durchzuführen.

Der Zeuge Schäfer (P 7/160) wies darauf hin, daß Seminare zur Vorbereitung auf den Ruhestand durch das Deutsche Rote Kreuz und durch die Akademie Boll „schon ganz sparsam und ganz dürftig“ veranstaltet werden. Damit sollen den vor dem Ruhestand stehenden Menschen Denkanstöße gegeben und ihnen das Bewußtsein vermittelt werden, „was da eigentlich anders wird an Problemen und vor allem auch an Chancen“. Finanziert werden diese Kurse durch Beiträge der Teilnehmer, zu einem großen Teil durch die Arbeitgeber der Teilnehmer sowie zu einem geringen Prozentsatz durch die Zentrale für politische Bildung.

#### bb) Fragen der Lebensführung

Neben den Angeboten klassischer Bildung „brauchen wir für diese Menschen noch mehr Bildungsangebote in Fragen der Lebensführung. Was wir lernen müssen, das ist Loslassen und Sterben. Das mag jetzt komisch klingen, aber das ist ein Stück Leben“, meinte der Zeuge Schäfer (P 7/163).

Derartige Kurse werden derzeit vom Diakonischen Werk, der Akademie Bad Boll, der Caritas sowie dem Roten Kreuz angeboten. Finanziert werden diese Kurse in erster Linie durch Eigenbeiträge der Teilnehmer sowie durch Beiträge der Veranstaltungsträger. Als ein „mittel- bis langfristiges Ziel auch politischer Bemühungen, pädagogischer Bemühungen, . . . die ars moriendi, die Kunst loszulassen, zu sterben . . . wieder in einer Gesellschaft zumindest wieder hochzuheben, ins Bewußtsein zu heben,“ sah der Zeuge Dr. Rieder (P 7/11) diesen Bildungsaspekt.

#### c) Nutzung der Bildungsangebote

Auf die Frage, von welchen Bevölkerungskreisen die Bildungsangebote überwiegend wahrgenommen werden, bekundete der Zeuge Dr. Rieder:

„Das, was ich bei der Katholischen Akademie unserer Diözese sehe, das ist in der Regel – wirklich deutlich signifikant –, daß Leute aus einer bestimmten Bildungsschicht, also pensionierte Lehrer, Beamte und so was, dort sichtbar werden“ (P 7/15).

Zu den „anderen“ meinte er:

„Es gibt Menschen, die sehr zufrieden sind und gar nicht gebildet werden wollen, die selber gebildet sind, und solche Programme, die von irgendwem organisiert werden, gar nicht wollen, weil sie einfach zufrieden sind in ihrem Familienkreis oder in ihrer Nachbarschaft. Also nur sozusagen ein bißchen gewalttätig Programme aufzulegen, das bringt's ja auch nicht“ (P 7/16).

Dagegen kritisierte der Zeuge Hummel:

„Die Erwachsenenbildungsträger stehen den sozialen Belangen viel zu fern . . . nur eine Art Spitzenbildungsschicht in der Altenbevölkerung geht zur Volkshochschule oder macht . . ., was mit dem Alter relativ wenig zu tun hat. Aber diese lebenshilfeberatenden Formen fehlen im Erwachsenenbildungsbereich ganz“ (P 7/55).

Wegen der Nutzung des gesamten Weiterbildungsangebotes durch Senioren wird auf die Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der CDU-Fraktion (Drucksache 10/660 – III. Nr. 2.) verwiesen.

### 3. Kunst und Kultur

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 38) ermöglichen kulturelle Einrichtungen wie Theater, Opern- und Konzerthäuser, Kinos, Ausstellungen und Museen vor allem auch älteren Menschen durch geringe Eintrittspreise oder freien Eintritt in Nachmittagsveranstaltungen eine umfassende Teilnahme am kulturellen Leben.

Museen wenden sich im allgemeinen an möglichst breite Bevölkerungskreise. Auf die besonderen Lebensbedingungen und Lebensbedürfnisse älterer Menschen werde jedoch bei der Gestaltung der musealen Angebote, sei es bei der Präsentation von Schausammlungen und Sonderausstellungen, durch didaktisch-pädagogische Begleitung, durch Führungen und sonstige Aktivitäten, durch Öffnungs- und Veranstaltungszeiten, besondere Beachtung geschenkt. Auch werde bei musealen Bau- und Einrichtungsmaßnahmen auf Alten- und Behindertengerechtigkeit geachtet.

Im Bereich der darstellenden Kunst bieten verschiedene Bühnen des Landes, beispielsweise das Badische Landestheater Karlsruhe sowie das Staatstheater Stuttgart, Nachmittagsvorstellungen speziell für das ältere Publikum an.

### 4. Sport

#### a) Vorteile sportlicher Betätigung

Neben den sozialen Funktionen des Sports tragen die vielfältigen Angebote zur körperlichen Betätigung, wie etwa die von den Kreisverbänden des Deutschen Roten Kreuzes angebotenen Bewegungsprogramme für Senioren und die Angebote der Volkshochschulen sowie der Turn- und Sportvereine mit speziellen Kursen für Seniorenschwimmen, Seniorentanz, Gymnastik, Tischtennis, Kegeln oder Wandern in besonderem Maße dazu bei, auch im Alltag vital und gesund zu bleiben.

#### b) Aktivitäten der Sportorganisationen

##### aa) Programme

Die bekanntesten Programme unter Einbeziehung älterer Menschen führt beispielsweise der Deutsche Sportbund bereits seit 1968 durch mit „Der zweite Weg des Sports“, „Turnen für jedermann“ und „Trimming 130“.

Bei der Beweisaufnahme am 20. April 1989 gab der Zeuge Dr. Schaible (P 8/4) an, daß die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung im Zusammenwirken mit den Sportvereinen für das Jahr 1989 300 Maßnahmen für die Gesundheitsförderung eingeleitet hat.

Auf Nachfrage erklärte der Zeuge:

„Es ist abgesprochen, daß wir (Anm.: Württ. Sportbund) jetzt gezielt unsere Vereine bitten, den Kontakt mit diesen (Anm.: bei den örtlichen Gesundheitsämtern eingerichteten) Arbeitsgemeinschaften herzustellen, weil wir von dort in der Tat erwarten, daß von da doch einiges an Initiativen auch in die Vereine eingehen kann mit dieser speziellen Gesundheitsförderung für Senioren“ (P 8/22).

Daneben sollten nach Vorstellung des Zeugen Dr. Schaible (P 8/24) auch die Krankenkassen und Volkshochschulen in die speziellen gesundheitlichen Angebote für Senioren über die Vereine eingebunden werden.

## bb) Seniorensportgruppen

Nach Angaben des Zeugen Dr. Schaible wird im Land in 10 % der Vereine bereits mit Seniorengruppen Sport durchgeführt. Bei 30 bis 40 % der Vereine besteht ein „Befürfnis, solche Gruppen zu installieren, aber gleichzeitig auch das Bedürfnis, vorher einführende Maßnahmen, begleitet von Ärzten und entsprechend ausgebildeten Übungsleitern“ (P 8/4) durchzuführen. Um diesem Bedürfnis Rechnung zu tragen, werden nun Übungsleiterlehrgänge speziell mit der Problematik „Seniorensport unter medizinischer Sicht“ durchgeführt. Das damit vom Württ. Sportbund verfolgte Ziel umschrieb der Zeuge Dr. Schaible wie folgt:

„Wir versuchen, so ein Team aufzubauen, das ein bißchen flächendeckend arbeitet, die Vereine einmal informiert: Was kann im Bereich des Seniorensports alles geschehen? Wie kann es geschehen? Welche Qualifikation muß man da dem Übungsleiter vermitteln? Das heißt: Schickt einen Übungsleiter einmal her, um auch im Bereich des Seniorensports eine Ausbildung zu bekommen“ (P 8/13).

## cc) Förderung neuer Seniorengruppen

Die Gründung neuer Seniorengruppen wird vom Badischen Turnerbund durch die Gewährung einer Gründungsbeihilfe gefördert. Der Württembergische Landessportbund kann nach Aussage des Zeugen Dr. Schaible (P 8/49) lediglich den personellen Aufwand seiner Vereine bei der Seniorenarbeit bezuschussen, nämlich die Tätigkeit nebenberuflicher Übungsleiter sowie die Beschäftigung von ABM-Sportlehrern für die Dauer der Förderung durch die Arbeitsämter.

## c) Neue Wege: Sport im Altenheim

Der besondere Nutzen des Sports gerade auch für die älteren Menschen konnte bislang der Zielgruppe der Senioren trotz umfangreicher Programme noch nicht ausreichend vermittelt werden. Nach einer soziologischen Erhebung liegt der Organisationsgrad bei Menschen von 60 Jahren und darüber ungefähr bei 10 %. Dem steht ein relativ hoher Anteil sportinteressierter älterer Menschen gegenüber, der aber bisher den Zugang zum Sport außer über ein passives Interesse als Zuschauer, speziell auch von Fernsehsendungen, nicht gefunden hat. Auf der Basis dieses „relativ hohen Bedürfnisses nach Kontakt mit Sport“ (Zeuge Dr. Schaible, P 8/3) sind weitere Anstrengungen zur Information und Motivation der älteren Menschen erfolgversprechend, um eine noch größere Zahl von Senioren für die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten zu gewinnen.

Aufgrund der starken Zunahme der älteren Bevölkerung und ihrem im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen geringen Organisationsgrad wird nach Meinung des Zeugen Dr. Schaible

„dem Sport gar nichts anderes übrigbleiben, als sich speziell um diese alten Menschen in einer zunehmenden Weise anzunehmen, auch zu den alten Menschen zu gehen, also in Altenheimen Kontakte herzustellen, um den Leuten den Eindruck zu vermitteln, daß das keine Krankheit ist, die sie haben, sondern daß das eigentlich ein lebensbedingter Prozeß ist, mit dem man sich einerseits abfinden muß, andererseits aber immer noch etwas an Aktivität und Könnensbewußtsein und Beweglichkeit, Bewegungserfahrung, Körpererfahrung vermittelt bekommen kann“ (P 8/7).

Um die Anbindung von Senioren an den Sport zu erreichen, müssen die Vereine aber noch lernen, zu kooperieren und vom „Konkurrenzdenken des Nachbarvereins“ Abschied zu nehmen (P 8/13).

## 5. Freizeitgestaltung

Die in der Altenhilfe traditionell tätigen Träger bieten ein umfassendes Angebot von Reisen und Tagesausflügen, von allgemeinbildenden oder sich mit Altersfragen auseinandersetzenen Vorträgen, Anregungen für kreative Tätigkeiten bis hin zu sportlichen Aktivitäten und geselligen Zusammenkünften an. Solche Angebote werden nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 42) in über 2 500 in Baden-Württemberg bestehenden Altenbegegnungsstätten und Altenclubs bereitgehalten.

Während der Zeuge Schäfer davon ausgeht, daß in den Begegnungsstätten ältere Menschen ab 70 Jahren das empfinden,

„was der Mensch zum Leben ganz dringend braucht, nämlich Kontakt zu anderen, Gespräche mit anderen und das Gefühl, aufgenommen zu sein, in einem personalen, sozialen Netz eingebunden zu sein“ (P 7/165),

kritisierte der Zeuge Roos die immer noch zu starke Betreuungsmentalität in den Altenclubs:

„Sie sind zu wenig an der Stärkung der eigenen Lebenskompetenz und der eigenen Lebensplanung orientiert, auch nicht an sozial sinnvollem Tun“ (P 8/77).

Darüber hinaus bieten die in der Altenhilfe tätigen Träger auch Erholungsaufenthalte oder Angebote der Stadtranderholung für ältere Menschen an. Die Zeugen Schäfer (P 7/165) und Roos (P 8/78) hielten gerade diese „Freizeiten“ für ein „sehr wichtiges Instrument für alte Menschen. . . . gegen die Resignation, da sie eine gewisse Hilfe geben auch für die Trauerarbeit“.

Trotz vielfältiger Angebote haben Untersuchungen (vgl. etwa die von Sozialdata Ende 1985 im Auftrag des SM durchgeführte repräsentative Erhebung „Ältere Menschen in Großstädten“, S. 69 ff.) ergeben, daß ältere Menschen solche Angebote bislang nur in geringem Umfang nutzen. An der Spitze der Freizeitaktivitäten stehen die Nutzung der Massenmedien, Fernsehen, Radio, Tageszeitung und Zeitschriften. Die Gründe für die geringe Ausnutzung, wie etwa fehlende Information oder die Ablehnung entsprechender Einrichtungen durch die sogenannten „jungen Alten“, insbesondere aufgrund bestimmter Vorurteile, wurden bereits in der Drucksache 10/660 (III. Nr. 5) dargestellt.

Ergänzend wies der Zeuge Roos darauf hin, daß insbesondere die Bildungsträger ihre Angebote für alte Menschen leichter zugänglich machen müßten. Des weiteren müsse dem bei alten Menschen häufig festzustellenden Mangel an Orientierung begegnet werden. Hier könnte ein Landesprogramm, „so etwas wie Bürgerhäuser als kommunale Aufgaben entstehen lassen mit Gruppenarbeit, Gemeinwesenorientierung und -beteiligung, auch Altenberatung – was ein großer Mangel in unserem gegenwärtigen System ist“ (P 8/82).

## 6. Ehrenamtliche Betätigung

Nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 34) beinhaltet „ein aktives Alter auch die Bereitschaft und den Willen der älteren Menschen, die im Laufe des Lebens gewonnenen Erfahrungen und Fähigkeiten an die nachfolgende Generation weiterzugeben oder beispielsweise durch Betreuungsdienste für Senioren, denen selbst die aktive Gestaltung ihres Lebens krankheitsbedingt verwehrt ist, Verantwortung für die Gesellschaft zu übernehmen“. Die vielfältigen Möglichkeiten älterer Menschen, sich ehrenamtlich zu engagieren, sind bereits in der Drucksache 10/660 (IV. Nr. 1.–4.) dargestellt, worauf an dieser Stelle verwiesen wird.

## a) Sozialer Bereich

Der Zeuge Dr. Rieder (P 7/6) hielt es „ein wenig für eine Illusion, zu meinen, daß die jüngeren Alten in großer Zahl dafür zu gewinnen seien, sich etwa im Pflegedienst einsetzen zu lassen. ... Solche Angebote werden eigentlich nur sehr verhalten angenommen“.

Allerdings gebe es Aktivitäten, Familien zu gewinnen, einem pflegebedürftigen alten Menschen beim Essen zu helfen. „Eine große Perspektive“ sah er in derartigen Patenschaften jedoch nicht.

Der Zeuge Roos (P 8/83) bekundete, daß bezüglich der Entstehung von Patenschaften in Altenheimen eine „große Bewegung im Gange“ sei. So hätten Besuchsdienstgruppen von 20 bis 25 ehrenamtlichen Personen jeweils ein Patenschaftsverhältnis zu einem alleinstehenden alten Menschen übernehmen. Allerdings könnten solche Gruppen nur funktionieren, wenn sie von einer Fachkraft begleitet werden.

Als besonders wichtig hielt er die Entstehung von „Sterbebegleitungsgruppen“ in Altenheimen:

„Sterbebegleitungsgruppen, das sind Menschen, die sich bereithalten, auf Anruf warten, sodann eine halbe Nacht zusammen zwei Personen die ganze Nacht am Bett eines alten Menschen sitzen, zu ihm reden, ihm den Schweiß abwischen, helfen, mal ein Gebet sprechen, je nachdem sie herausbekommen haben, wie der betreffende Mensch gelebt hat, aus welcher geistigen Welt er kommt“ (a. a. O.).

Auf diese Weise kann sowohl den alten Menschen selber als auch dem Personal in den Altenheimen geholfen werden, mit dem „massenhaften Sterben umzugehen“ (Anm.: rund 20 % aller über 65jährigen versterben in Heimen, obwohl nur 3,9 % der Altenbevölkerung dort untergebracht ist; P 8/122; 9/85).

Schließlich „sollte einmal die Gesellschaft dafür sorgen, daß kein Mensch, der es nicht ausdrücklich will, nach Möglichkeit alleine sterben muß, sondern daß er wenigstens eine Hand hat, die ihn hält, jemanden der bei ihm ist. Ich denke, das gehört zum Menschsein“, erläuterte der Zeuge Roos (P 8/92).

## b) Postprofessioneller Bereich

Der Sachverständige Dr. Boll meinte, daß es sich hierbei allenfalls um Einzelfälle handelt:

„Die Medien nehmen sich dieser Einzelfälle an und plötzlich wird daraus etwas gemacht, was im Grunde genommen gar nicht existiert“ (P 3/181).

Er war davon überzeugt, daß die Leute zu ehrenamtlicher Tätigkeit zu aktivieren sind, wenn sie „etwas Vernünftiges machen“ können. Voraussetzung hierfür ist nach den Erfahrungen der Zeugen Dr. Boll (P 3/182) und Schäfer (P 7/176), daß nicht nur Arbeit, sondern auch Verantwortung auf Leitungsgruppen verteilt wird, die von älteren Menschen besetzt sind. Die Geschäftsführung muß von jüngeren hauptamtlichen Kräften, wie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, erledigt werden. Der Zeuge Schäfer beklagte, daß diese „Profis“ weitgehend fehlen.

Allgemeiner betrachtet: damit die älter werdenden Menschen in der Gesellschaft integriert bleiben, müssen nach den Erfahrungen des Zeugen Schäfer Rollen für ältere Menschen gefunden und installiert werden, die „auch ein gewisses Prestige verleihen, ein gewisses Selbstverständnis ermöglichen und auch Erfolgserlebnisse möglich machen, daß sie (Anm.: die älteren Menschen) ihre Kompetenz dort einbringen können, ihre Energie und was da sonst noch alles da ist“ (P 7/161).

Ziel derartiger Initiativen müßte sein, „die Fähigkeit dieser Leute, die Notwendigkeiten aus der Umgebung in einer Kommune, in einer Kirchengemeinde oder sonst irgendwo und die Bereitschaft, so etwas zu machen“, zusammenzubringen. Über Arbeiten „mit einem gewissen Dienstcharakter, die auch die Möglichkeit, Kontakte zu anderen Menschen, vor allem auch zu jungen Menschen zu haben“, würde das Gefühl vermittelt werden, „zu erleben: ich gehöre dazu, ich werde gebraucht, ich bin mitten drin“ (P 7/162).

Unter Hinweis auf die von ihm organisierten Initiativen im handwerklichen Bereich und im Bereich des Naturschutzes forderte der Zeuge Schäfer eine bessere Finanzierung (nicht nur über Spenden) sowie „die Regelung dessen, was man Ehrenamt heißt, die Bedingungen, die für dieses Amt notwendig sind bis hin zu finanziellen Ersätzen“ (P 7/167).

### 7. Angebote für bettlägerige und gehbehinderte Menschen

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 45) stehen Gehbehinderten in Baden-Württemberg zum Teil Angebote von Versahren-Sportgruppen zur Verfügung, wobei allerdings das Angebot im ländlichen Raum zahlenmäßig geringer und weniger differenziert ist.

Bettlägerigen Menschen, die überwiegend pflegerisch versorgt werden müssen, ist eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in aller Regel verwehrt. Durch die im Rahmen der ambulanten Altenhilfe gebotenen Dienstleistungen, wie etwa Bücherdienste „Bücher auf Rädern“, Vorlesen oder Besuche und Telefonketten wird den bettlägerigen Menschen zumindest in einem gewissen Umfang ermöglicht, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten bzw. zu entwickeln.

Auf Frage nach Angeboten der Fortbildung oder der Freizeitgestaltung für die „an ihre Wohnung gebundenen älteren Menschen“ erklärte der Zeuge Dr. Rieder, daß ihm derartige Angebote nicht bekannt seien. Soweit dies privat organisiert sei, „also die Nachbarschaft da und dort noch einigermaßen funktioniert und Besuche gemacht werden, bis hin, daß Zeitungen vorgelesen werden oder sowas“, gebe es dies hin und wieder, „aber sicher nicht flächendeckend“ (P 7/14).

### 8. Möglichkeiten in stationären Einrichtungen

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 47) soll durch eine „aktivierende Pflege“ erreicht werden, vorhandene Fähigkeiten der Heimbewohner zu erhalten und zu verbessern, um so dem Altersabbau vorzubeugen. Hierzu gehöre auch ein Angebot ausreichender Beschäftigungsmöglichkeiten, das den differenzierten Fähigkeiten der Heimbewohner Rechnung trage und ihnen auch Wege zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eröffne.

Dagegen meinte der Zeuge Roos (P 8/80), daß aufgrund des steigenden Alters der Altenheimbewohner und der damit verbundenen Abbauprozesse ein „intensives Gruppenleben nur in Ansätzen möglich erscheint.“ Auch wird angesichts des derzeit „angespannten Personalschlüssels“ erst nach dessen Verbesserung „etwas mehr möglich sein“.

Seinen Angaben zufolge spielen trotzdem in den Altenheimen die Gottesdienste, die Gesprächsgruppen, die Beschäftigungstherapie sowie Gymnastikgruppen und neuerdings auch Koch-Gruppen, „die psychisch veränderten Frauen einen großen Zugang bringen“, eine Rolle.



Auch bettlägerige Personen können nach Angaben des SM (a. a. O.) unmittelbar mit Veranstaltungen in den Heimen verbunden werden, da viele Heime über moderne Kommunikationseinrichtungen verfügen. Auch seien durch eine Öffnung der Heime nach außen und die verstärkte Mitarbeit ehrenamtlicher Helfer die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung und zum Ausbau sozialer Kontakte gegeben. Zunehmend würden in den stationären Einrichtungen auch Sozialdienste eingerichtet, die sich in besonderer Weise den Bedürfnissen der Bewohner im kulturellen und im Bildungsbereich widmen. Viele Heime würden regelmäßig Theaterbesuche, Ausflugsfahrten oder Museumsbesuche anbieten.

Die Zeugin Heck lehnte vorgenannte Betrachtungsweise der kulturellen Beteiligungsmöglichkeiten älterer Menschen in Heimen kategorisch ab:

„Ihr kulturelles Selbstverständnis ist eher in Frage gestellt, wenn sie auf dem Stuhl, auf den man sie vielleicht vor Stunden gesetzt hat, um ihre Geschäfte zu erledigen, wenn sie auf diesem Stuhl nun auch noch essen müssen. . . .

Die sogenannten kulturellen Angebote . . . können den Bewohnern nicht das Gefühl eines sinnvollen Lebens geben, eben weil es nicht sinnvoll ist. Sie müssen sich Zwängen unterwerfen, die nichts mit ihren Bedürfnissen zu tun haben, aber viel mit Aufrechterhaltung der Ordnung. Sinnvolle Betätigung, die sie durchaus noch ausüben könnten, wird vom Personal übernommen. Die Bewohner sind zur Passivität verurteilt“ (P 8/53).

Auf die Frage der Geeignetheit von handwerklichen oder ähnlichen Tätigkeiten in Heimen erklärte sie, „daß solche Scheininitiativen nichts bringen“ (P 8/61). Die Grauen Panther setzten sich hingegen ein für Wohngemeinschaften oder für Wohnungen, „die um Sozialstationen herumgebaut werden“ in denen alte Menschen selbstbestimmt die zum täglichen Lebensablauf gehörenden Aufgaben erledigten.

Demgegenüber erklärte der Zeuge Dr. Rieder zum Thema Wohngemeinschaften für Ältere, daß nach seinen Informationen diese „nicht gut hinhauen, weil die als Junge das gemeinsame Wohnen in einer Wohngemeinschaft nicht gelernt haben, so daß man gerade warten muß, daß die Generation, die als Schüler und Studenten Wohngemeinschaftserfahrung hat, im Alter auch wieder so etwas probiert“ (P 7/11).

## 9. Angebote für ältere ausländische Mitbürger

Der Zeuge Dr. Rieder (P 7/6) bekundete, daß für ältere ausländische Mitbürger mit Ausnahme des „Centro Italiano Caritas“ (in Stuttgart) „wenig geschieht“.

Der Zeuge Dr. Polimeni (P 7/90) bemängelte, daß bis jetzt keine Analyse bzw. Erhebung gemacht wurde über die soziale Situation alter ausländischer Mitbürger, wie beispielsweise Lebensumstände, Isolation, finanzielle, gesundheitliche und rechtliche Aspekte, Sprachprobleme, Familie, Wohnsituation usw. Auch liegen keine Erkenntnisse darüber vor, inwieweit die vorhandenen Einrichtungen von den ausländischen Mitbürgern in Anspruch genommen werden können, und ob Sondereinrichtungen ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen geschaffen werden müßten.

Aufgrund seiner bei der Arbeit im „Centro Italiano Caritas“ gewonnenen Erfahrungen verhindern oftmals sprachliche Schwierigkeiten, die soziale Isolation über den Bereich der Familie hinaus, fehlende muttersprachliche Informationen und Mentalitätsunterschiede den Zugang zu allgemeinen Informationen, die Nutzung von Bildungsangeboten sowie die Nutzung von offenen Diensten bis hin zu stationären Einrichtungen. Seiner Ansicht nach kann das „zu Interessenarmut, passivem Freizeitverhalten und Unterversorgung mit pflegerischen Diensten führen“.

Der Zeuge plädierte dafür, „daß die vorhandenen Einrichtungen auch für die Ausländer da sein sollten“, da die Schaffung von speziellen Ausländer-einrichtungen zu einer Gettoisierung der Ausländer im Rentenalter führen würde (P 7/99).

Er forderte angesichts der steigenden Zahl älterer ausländischer Mitbürger entsprechende Angebote durch muttersprachliche Fachkräfte mit der Aufgabe, Barrieren abzubauen und Vermittler zwischen deutschen und ausländischen Mitbürgern zu sein (P 7/91).

Nach Angaben des Zeugen Roos (P 8/79) fangen sowohl ausländische Vereine als auch kirchliche Gruppierungen „einige Bedürfnisse“ für die älteren Menschen auf. So stiftete die Evangelische Landeskirche Württemberg jährlich etwa 300 000 DM zur Unterstützung von orthodoxen Gemeinden und evangelischen Ausländern aus den verschiedensten Ländern.

## 10. Fördermaßnahmen

### a) des Landes

Die Landesregierung fördert Initiativen und Aktivitäten zur Aufklärung und Information der älteren Menschen, insbesondere zur Motivation die vielfältigen Angebote zur Freizeitgestaltung und das reichhaltige Bildungsangebot anzunehmen sowie der Bevölkerung insgesamt die Aspekte des Alters auch hinsichtlich der Freizeitbedürfnisse und weiterer Möglichkeiten älterer Menschen zu sensibilisieren und Wege der Integration der älteren Menschen in die Gesellschaft aufzuzeigen.

Im einzelnen wird auf die Ausführungen in der Antwort der Landesregierung zur Großen Anfrage der CDU-Fraktion – Drucksache 10/660 – III. und IV. – sowie ergänzend auf die Auflistung der Maßnahmen in der Stellungnahme des SM vom 17. Januar 1989, S. 50 ff. verwiesen.

Auf die Frage nach dem Handlungsbedarf des Staates im Bereich der Freizeitgestaltung älterer Menschen erklärte der Zeuge Dr. Rieder:

„Wenn es stimmt, daß der Staat inhaltlich nicht mitzuwirken hat, wirkt er natürlich dennoch mit, weil er für diese zunehmend wichtiger werdende Arbeit die ökonomischen Rahmenbedingungen schafft. In eine Formel genommen heißt das, daß die Liga der freien Wohlfahrtspflege, alle die da tätig sind, deutliche Indizien dafür brauchen, daß politisch Verantwortliche und auch die Entscheidungsträger darangehen, die Mittel, die nur einmal zur Verfügung stehen, entsprechend dann auch zu verteilen. . . . Es gehört in den Kontext das, was im vierten Gebot verhandelt ist, daß man das Alter ehren soll. Und wenn es nun halt so ist, daß ein Gemeinwesen, wie hier unser Staat überwiegend ältere Mitbürger hat, dann kommt er nicht darum herum, entsprechend finanzielle Ressourcen anzuzapfen, um – das ist natürlich ein hohes Wort – ein menschenwürdiges Alter zu garantieren . . .“ (P 7/22).

### b) der in der Altenarbeit tätigen Träger und Institutionen

Sämtliche in der Altenarbeit tätigen Träger, Verbände, Organisationen und Einrichtungen bieten jeweils eine Vielzahl differenzierter Freizeitprogramme und Bildungsmaßnahmen für Senioren an. Der Förderumfang der Angebote für ältere Menschen ist nach Angaben des Zeugen Roos (P 8/81) nicht quantifizierbar, weil unter anderem das insoweit eingesetzte Personal häufig nicht ausschließlich für die Altenarbeit eingesetzt wird.

### III. Wohnen im Alter

(Ziffer B. III. des Untersuchungsauftrags)

#### 1. Wohnsituation

Wohnen zählt heute wie in der Vergangenheit für alle Menschen zu den elementaren Lebensbedürfnissen. Da im Alter das Aktivitätenspektrum meist ab- und die Verweilzeiten zu Hause zunehmen, kommt dem häuslichen Bereich gerade für ältere Menschen eine wichtige Funktion für die gesamte Lebenssituation zu.

Nach einer Repräsentativerhebung des SM in vier Großstädten Baden-Württembergs fühlten sich 1986 die meisten älteren Menschen in ihrer Wohnung sehr wohl (42 %) oder zumindest wohl (49 %). Nur wenige fühlten sich weniger (7 %) oder gar nicht (2 %) wohl. Damit ist das Niveau der subjektiven Zufriedenheit in den Städten fast genau so hoch wie in ländlichen Regionen (vgl. SM, Ältere Menschen, S. 27), obwohl die Wohnbedingungen recht unterschiedlich sind.

Bundesweit erklärten sich die über 60jährigen Nichterwerbstätigen im Durchschnitt mit ihrer Wohnung zu 70 % uneingeschränkt und zu 28 % eingeschränkt zufrieden. Lediglich 3 % der Befragten waren mit ihrer Wohnung wenig oder gar nicht zufrieden (Nachweise bei Schulze, Kommissionsbericht, S. 112).

##### a) Wohnformen

Die Wohnsituation der älteren Menschen ist dadurch gekennzeichnet, daß in der Bundesrepublik 12 Millionen über 60jährige in 8 Millionen Altenhaushalten und lediglich rund 400 000 in Alten- und Pflegeheimen sowie 180 000 in Altenwohnungen, also zirka 6 % in besonderen Wohnanlagen, leben (Zeugin Dr. Weeber, P 12/59; Zeuge Winter, P 11/76).

Mit zunehmenden Alter nimmt sowohl der Anteil der älteren Bevölkerung, der in Einpersonenhaushalten sowie in Gemeinschaftseinrichtungen lebt, deutlich zu:

Nach den Daten des Mikrozensus 1986 (für Baden-Württemberg) lebten in Einpersonenhaushalten 22 % der 60- bis unter 70jährigen und 43 % der 70 Jahre und älteren sowie in Heimen 5 % hochbetagter (80 Jahre und älter) Frauen und 2,6 % hochbetagter Männer.

##### b) Wohnungsart

###### aa) Besitzverhältnisse

Nach der in Baden-Württemberg im Auftrag des SM durchgeführten Befragung älterer Menschen in Großstädten leben 65 % der städtischen Senioren zur Miete. Meist (59 %) ist dies eine Wohnung, nur selten ein Haus (2 %) oder ein Untermietverhältnis (4 %). Während auf dem Land der Eigentümeranteil fast doppelt so hoch liegt (61 %), bewohnen zirka 11 % der städtischen Senioren mit Immobilienbesitz eine Eigentumswohnung und zirka 21 % das eigene Haus. Diese Verteilung von Miet- und Eigentumsverhältnissen entspricht etwa dem Bundesdurchschnitt der über 60jährigen Menschen (Nachweise bei SM, Ältere Menschen, S. 28).

Im Vergleich zu jüngeren Menschen sind die Personen im Alter von 65 und mehr, soweit sie in Ein- und Zwei-Personen-Haushalten leben, deutlich häufiger Eigentümer ihrer Wohnung. Ausweislich der Ergebnisse der Gebäude- und Wohnungszählung 1987 wohnten zum Beispiel knapp 55 %

der Zwei-Personen-Haushalte von älteren Menschen in ihrer eigenen Wohnung, während dies im Durchschnitt aller Zwei-Personen-Haushalte nur auf 45 % zutrif.

Für die Wohnraumversorgung der älteren Menschen von morgen ist von Bedeutung, daß der relativ hohe Anteil an Wohneigentum in der heutigen älteren Generation einen beachtlichen Vermögenswert verkörpert, der später an die nachwachsende Generation übertragen werden kann. Insofern dürften sich die materiellen Voraussetzungen in der Wohnungsversorgung für die künftig älteren Menschen noch günstiger darstellen, als das heute der Fall ist (P 24/19).

#### bb) Wohnungsgröße

Die verfügbare Wohnfläche ist in den Städten im Vergleich zu den ländlichen Gegenden geringer: 8 % – meist Alleinlebende – müssen sich mit weniger als 40 qm begnügen,  $\frac{1}{3}$  (34 %) lebt in Wohnungen mit 40–60 qm,  $\frac{1}{4}$  (23 %) bewohnt mehr als 80 qm.

Mieterhaushalte verfügen unabhängig vom Lebensalter im Bundesdurchschnitt nur über  $\frac{1}{3}$  der Wohnfläche der Eigentümerhaushalte (Nachweise bei Schulze, Kommissionsbericht, S. 110).

Aufgrund der städtischen Baustruktur wohnen in den Städten lediglich 13 % älterer Menschen im Parterre, während es auf dem Land mehr als die Hälfte sind, 41 % im ersten Stock und 46 % sogar noch höher. Dementsprechend ist der Anteil von 12 %, die im Haus über einen Lift verfügen sehr gering und weist auf problematische Verhältnisse hin, wenn im Alter auch nur leichte Mobilitätsprobleme entstehen und beispielsweise das Treppensteigen sehr erschwert ist.

#### c) Ausstattung der Wohnungen

Größe und Besitzverhältnisse der Wohnräume sind noch nicht aussagefähig für ihren Komfort. Gerade im Alter, mit dem Kräfte und Bewegungsfähigkeiten nachlassen, ist eine bequeme Bewirtschaftung und Nutzung aller Einrichtungen von großer Bedeutung.

Zur Qualität der vorhandenen Wohnungen ergab die im Auftrag des SM durchgeführte Befragung städtischer Senioren in Baden-Württemberg: 92 % der Wohnungen verfügen über eine eigene Küche, 84 % haben innerhalb der Wohnung ein Bad, 89 % haben eine Toilette in der Wohnung und ca. 50 % der Wohnungen sind mit Zentralheizung ausgestattet.

Aus diesen Untersuchungsergebnissen zieht das SM (Ältere Menschen, S. 30) den Schluß, „daß in den Städten – von wenigen Ausnahmen abgesehen – ein zufriedenstellendes Ausstattungsniveau besteht“.

Dem widersprach der Zeuge Winter unter Hinweis auf eine bundesweite Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA):

„Die Wohnungsnot oder die Not überhaupt älterer Menschen mit ihren Wohnungen und in ihren Wohnungen ist sehr groß“ (P 11/77).

Nach den Erkenntnissen des KDA (vgl. Wohnungsanpassung, S. 9 ff.) haben von den 8 Millionen Altenhaushalten zirka 3 Millionen Wohnungen nicht die heute übliche Grundausstattung: Bad, WC und Sammelheizung.

In diesen 3 Millionen Wohnungen sind zirka 1 Million „Substandard-Wohnungen“ enthalten, bei denen sowohl Bad, WC als auch Sammelheizung fehlen. Innerhalb der Anzahl von Substandard-Wohnungen ist bei zirka  $\frac{1}{2}$  Million Wohnungen eine extreme Unterausstattung anzutreffen: Dort fehlt selbst das WC.

## d) Fazit

Die Tatsache, daß eine Wohnung entsprechend den gegenwärtigen Erwartungen ausgestattet ist, bedeutet nicht, daß sie auch „altengerecht“ ist. Umgekehrt ist allerdings das Fehlen solcher Ausstattungselemente ein deutlicher Hinweis auf Wohnungsmängel, die gerade für ältere Menschen besonders schwer wiegen. Sie stellen gewissermaßen „die Spitze des Eisberges“ (KDA, Wohnungsanpassung, S. 20) der Wohnungsprobleme älterer Menschen dar. Die Betrachtung der statistischen Werte erlauben eine Einschätzung der Größenordnung und der Schwere der Mängel.

Die Gefahr, einen selbständigen Haushalt aufgeben zu müssen, ist in zirka 500 000 Fällen allein durch das Fehlen eines WC vorprogrammiert. Von diesem Problem sind ungefähr ebensoviele Menschen betroffen wie in den Einrichtungen der Altenhilfe insgesamt leben.

Die Divergenz zwischen positiver Bewertung der subjektiven Wohnsituation durch ältere Menschen und der objektiven Wohnsituation mancher dieser Älteren läßt sich im wesentlichen auf zwei Gründe zurückführen: Zum einen sind für Mietwohnungen mit schlechterer Ausstattung die geringsten durchschnittlichen Mieten zu zahlen und ferner eine Folge der Beurteilung der aktuellen Lebenssituation vor dem Hintergrund der früheren Erlebnisse. Es läßt sich unschwer nachvollziehen, daß weite Teile der älteren Bevölkerung in Kriegs- und Nachkriegszeiten speziell im Bereich des Wohnens große Entbehrungen auf sich nehmen mußten. In der heutigen Wohnzufriedenheit drückt sich deshalb die relative Verbesserung der Wohnsituation gegenüber diesen vergangenen Wohnverhältnissen aus. Sie ist auch Ausdruck einer allgemeinen Zufriedenheit mit dem bisher über die Jahre Erreichten (Schulze, Kommissionsbericht, S. 112).

Mit der Zufriedenheit verbunden ist der Wunsch nach Absicherung des Erreichten, nach Erhaltung des gewohnten Lebensstandards. Die meisten Leute wollen auch im Alter selbständig wohnen und in ihrer bisherigen Wohnung bleiben, um von hier aus am sozialen Leben teilzunehmen (Zeugin Dr. Weeber, P 12/59).

Dieser Wunsch ist durch Ausstattungsmängel vieler Wohnungen jedoch gefährdet.

## 2. Altengerechtes Wohnen

### a) Begriffsbestimmung, Standards

Altengerechtes Wohnen wurde von der Entwicklung her in der Hauptsache baulich definiert (Zeugin Gerngroß-Haas, P 7/108). In den „Planungsempfehlungen des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau für Altenwohnungen, Wohnungen in Altenwohnheimen und Wohnplätze in Altenheimen“ in der Fassung vom 8. Dezember 1972 (BAnz Nr. 49 vom 10. März 1973) sind folgende drei Wohnformen mit ihren Standards festgelegt:

- „Altenwohnungen“ als eine in sich abgeschlossene Wohnung, die in Lage, Hausform, Raumprogramm, Bemessung und Ausstattung den Bedürfnissen älterer Menschen besonders entsprechen; für die Betreuung der Bewohner selbständiger Altenwohnungen wird die Einrichtung von Sozialstationen oder organisierter Nachbarschaftshilfe empfohlen.
- „Wohnungen in Altenwohnheimen“ als Zusammenfassung von Altenwohnungen in einem Gebäude mit der Möglichkeit für die Bewohner, wirtschaftliche und soziale Betreuung in Anspruch zu nehmen; diese muß durch den Heimträger sichergestellt sein und kann bei baulichem und organisatorischem Anschluß eines Altenwohnheimes an ein Altenheim am einfachsten gewährleistet werden.

- „Wohnplätze in Altenheimen“ als Wohnmöglichkeit für diejenigen älteren Menschen, die oben genannte Wohnformen nicht wünschen oder für die sie nicht geeignet sind; hier ist den Bewohnern ständige wirtschaftliche und soziale Betreuung sowie zeitweilige individuelle Pflege zu gewähren.

Neben den baulichen Anforderungen ist eine Altenwohnung durch ihre spezielle Art der finanziellen Förderung im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus (II. Wohnungsbaugesetz oder II. Wohnungsbaufinanzierungsgesetz) charakterisiert. In der Praxis der Wohnungsbauförderung besteht nach Angaben des Zeugen Winter (P 11/86) sowie der Zeugin Gerngroß-Haas (P 7/109) ein Spezifikum für Altenwohnungen in ihrer geringeren Größe gegenüber normalen Mietwohnungen.

Im Rahmen der Sozialplanung ist charakteristisch, daß zu den baulichen Anforderungen noch andere Qualitäten hinzukommen müssen. Vor diesem Hintergrund definierte die Zeugin Gerngroß-Haas altengerechtes Wohnen folgendermaßen:

„Sollen Wohnangebote für ältere Menschen altengerecht sein, dann müssen sie den Älteren möglichst viel Selbstbestimmung, Autonomie und Selbstgestaltung ihres Lebens ermöglichen und zuverlässige Hilfen gewährleisten, wenn Hilfen gebraucht werden. Diese Hilfen liegen nicht nur im baulichen Bereich, sondern auch im Bereich hauswirtschaftlicher Hilfen wie Putzen, Einkaufen und Kochen, im Bereich pflegerischer Hilfen, psychosozialer Hilfen, und erfüllen auch die Bedürfnisse Älterer nach Sicherheit, wenn sie Angst haben – Notruf und solche Dinge“ (P 7/110).

#### b) Neuere Konzepte

Zum Thema „Altengerechtes Wohnen“ wurden in den letzten Jahren mit mehr oder minder stark abweichenden Modifikationen die Konzeptionen der behindertenfreundlichen Normalwohnung (aa), des betreuten Wohnens (bb) und des flexiblen Heims („Service-Haus“) (cc) entwickelt:

##### aa) Behindertenfreundliche Normalwohnung

Die Fragen des behindertenfreundlichen Wohnens betreffen zum großen Teil alte Menschen. Derzeit leben im Bundesgebiet zirka 7,5 Millionen behinderte Menschen zu Hause. Hiervon ist jeder Dritte ein älterer Mensch (P 12/59).

Das KDA hat im Auftrag des Bundesbauministeriums ein Konzept (einschließlich konkreter Standards) zur Neufassung der ‚Planungsempfehlungen zum Bau und Umbau von Altenwohnungen‘ erarbeitet. Maßgebliches Planungskriterium sollen künftig nicht mehr sein „die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen“, sondern die Bedürfnisse „aller (Anm.: behinderten) Menschen nach Erleichterung bezüglich des Zugangs und der Bewegungsfreiheit in der Wohnung“ (vgl. KDA, Entwurf 1989, Z/1; ähnlich die Zeugin Gerngroß-Haas, P 7/114, und Dr. Weeber, P 12/59):

##### (1) Selbständigere Wohnformen

Bei den Wohnformen wird die scharfe Abgrenzung zwischen „selbständigen“ Altenwohnungen einerseits und „Versorgung“ im Heim andererseits aufgegeben, indem selbst für das Altenpflegeheim – trotz intensiver Betreuung – selbständigere Wohnformen angeboten werden. Die unterschiedlichen Wohnformen werden nicht mehr durch das Ausmaß an Betreuungsleistungen bestimmt; vielmehr paßt sich die (hauserne oder -interne) Betreuungsorganisation der Wohnform und dem Hilfebedarf an.

## (2) Behindertenfreundliches Wohnquartier

Ein „selbständigkeitsförderndes und hilfeaktivierendes Wohnumfeld“ setzt voraus ein behindertenfreundliches Wohnquartier (insbesondere Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel) sowie entsprechende Anforderungen an das Grundstück und das Gebäude, hier insbesondere dessen „rollstuhlgängige“ Benutzbarkeit (z. B. Aufzug ab 1. Obergeschoß).

## (3) Behindertenfreundliche Wohnungsgestaltung

Wesentliches Merkmal der Altenwohnung darf nicht mehr ihre geringe Größe sein, sondern daß sie aufgrund ihrer Grundrißgestaltung, sanitären Ausstattung, Wärmeversorgung und behindertenfreundlichen Bemessung (in Anlehnung an DIN 18 025, Teil 2) nutzbar ist

- für unterschiedliche Wohngewohnheiten,
- bei Gebrechlichkeit und Behinderungen,
- für Pflege und Betreuung.

Mit der Forderung nach durchgängiger behindertenfreundlicher Wohnungsplanung werden nach den Bekundungen der Zeugen Krautter (P 7/52) und Winter (P 11/71) auch eine stärkere Durchmischung der Wohnkomplexe mit jüngeren Familien angestrebt. Volkswirtschaftlich gesehen werden damit nicht mehr Kosten verursacht, als beim Bau von Sonderwohnformen und der behindertenfreundlichen Planung öffentlicher Einrichtungen, wie Verkehrsmittel u. a. (P 11/76).

Nach Ansicht des Zeugen Winter (P 11/89) ist es erforderlich, daß die Landesbauordnung im Sinne eines durchgehend behindertenfreundlichen Planens, zumindest im sozialen Wohnungsbau, geändert und ergänzt wird. Die bisherige Ausnahmenvorschrift des § 42 Abs. 1 LBO wäre demnach in eine Regelvorschrift umzuwandeln. Über einen Appell an Wohnungsbauunternehmen, Architekten und Privatleute könne die Situation nicht wesentlich geändert werden.

Demgegenüber befürwortete der Zeuge Krautter (P 7/55) eine gesetzliche Regelung nicht. Vielmehr sollten hier Anreize über staatliche Förderprogramme geschaffen werden, da diese Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft worden seien.

Aspekte der behindertenfreundlichen Wohnungsgestaltung sind nicht nur bei Neubauplanungen, sondern auch bei der Anpassung bestehender Wohnungen zu berücksichtigen.

Nach Einschätzung der Zeugen Schlee (P 10/71), Winter (P 11/77), Dr. Weeber (P 12/60) sowie Gerngroß-Haas (P 7/117) muß der steigende Bedarf an Altenwohnungen in erster Linie durch Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen der vorhandenen Bausubstanz Rechnung getragen werden. Angesichts der großen Anzahl von Wohnungen älterer Menschen, die als Substandardwohnungen (vgl. III. 1. c, d) einzustufen sind, besteht hier ein großer Handlungsbedarf.

In der Schriftenreihe „Forum“ hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe mit der Publikation „Wohnungsanpassung – Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen“ eine Vielzahl praktischer Vorschläge zur kostengünstigen Anpassung der Wohnungen an die Bedürfnisse älterer Menschen vorgelegt. Danach (a. a. O., S. 7) sind neben finanziellen Hilfen folgende Anforderungen an Anpassungsprogramme von Bedeutung:

- Für das rechtzeitige Erkennen von Wohnproblemen ist ein persönlicher Kontakt zum Bewohner notwendig. Anpassungsmaßnahmen sollten bewohnernah und im Zusammenhang mit anderen Hilfen geplant werden.
- Die Durchführung geeigneter Maßnahmen erfordert eine qualifizierte Beratung und organisatorische Unterstützung bezüglich therapeutischer, finanzieller und baulicher Fragen, einschließlich der handwerklichen

Ausführung (so auch Zeugin Dr. Weeber, P 12/68, 72; Zeuge Winter, P 11/80).

Nach den Bekundungen des Zeugen Winter (P 11/80) gibt es bereits die „Arbeitsgemeinschaft Wohnberatung“ (= Tochter der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher) im ganzen Bundesgebiet, die eine Dependence auch in Stuttgart hat.

#### bb) Betreutes Wohnen

Ausgehend von der Wohnform des Altenheims werden beim „Betreuten Wohnen“ sowohl mietweise in sich abgeschlossene „Altenwohnungen“ als auch einzeln abrufbare Betreuungsleistungen für den hauswirtschaftlichen und leicht pflegerischen Bereich angeboten.

Zur Sicherstellung des personellen Betreuungsaufwands ist es pro zehn betreuten Altenwohnungen notwendig, ein Zusatzpersonal von 0,5 Pflegekräften bei der Sozialstation vorzuhalten, in deren Einzugsbereich Altenwohnanlagen betrieben werden (Zeuge Frank, P 7/187).

Dieser Personalaufwand von 0,5 bedeutet einen Finanzaufwand von brutto 1 800 DM im Monat, der aus ordnungspolitischen Gründen nicht alleine von den jeweiligen Mietern bezahlt werden soll (Zeuge Frank, P 7/188). Die Finanzierung soll vielmehr nach folgendem Mischkonzept erfolgen:

- 25 % durch Subvention der Gemeinde oder des Landkreises, „weil die Kommune auch ein Interesse daran hat, daß Altenheimplätze, die auch zu subventionieren wären, vermieden werden“.
- 50 % durch eine vom Mieter zu bezahlende Leistungsbereitstellungspauschale, die durch die qualitativ bessere Versorgung gerechtfertigt ist, weil die Behandlungspflege im Unterschied zur Sozialstation unverzüglich sichergestellt ist.
- 25 % durch die vom Mieter zu bezahlenden Einzelvergütungen, die auch außerhalb einer „betreuten Wohnung“ bei der Inanspruchnahme von Diensten bezahlt werden müßten.

Der Landkreistag Baden-Württemberg erhofft sich, „daß der alte Mensch, der – im vorpflegerischen Bereich – in einer solchen Wohnung unterkommen kann, jedenfalls die gleiche Sicherheit hat, die er heute im Altersheim hat, ohne daß der den gleichen Preis bezahlen muß, wie er ihn im Altenheim bezahlen muß“ (Zeuge Frank, P 7/190).

Nach Schätzungen des Landkreistages Baden-Württemberg besteht für die nächsten Jahre ein Bedarf von mindestens 6 000 betreuter Altenwohnungen (Zeuge Frank, P 7/191).

Die Gewährleistung des abrufbaren Zusatzservice kann nach Auffassung der Zeugin Gerngroß-Haas (P 7/132) und des Zeugen Dr. Richter (P 8/42) nur von einem Haus mit Nachtwache und Notruf sichergestellt werden. Eine Koppelung des betreuten Wohnens mit den Sozialstationen hielten sie nicht für realisierbar, da diese weder nachts noch am Wochenende besetzt sind.

Eine „fatale Entwicklung“ sah die Zeugin Gerngroß-Haas (ähnlich: Zeugen Seeh, P 14/10; Dr. Hummel, P 20/4) in dem Konzept des Betreuten Wohnens, da hiermit an der Dreigliedrigkeit (Normalwohnung – betreute Wohnung – Pflegeheim) festgehalten wird:

„Dieses Konzept (Anm.: des Betreuten Wohnens) beinhaltet über Dienste, die das Altenheim ersetzen, hinaus keine weiteren Dienste und verhindern nicht den nochmaligen Umzug ins Pflegeheim. Meine Einschätzung ist einfach die, daß die Schaffung von Altenwohnungen mit solchen Diensten besser ist, als wenn es überhaupt keine Dienste gäbe. Ich fände es aber trotzdem aus der Perspektive einer kommunalen Sozialplanerin für recht problematisch, ältere Menschen bisher



unter dem Etikett „Altenwohnung“ und nun sogar unter dem Etikett „Betreutes Wohnen“ zu animieren, ihre angestammte Wohnung zu verlassen, wenn ich nicht garantieren kann, dort bleiben zu können. Zudem muß man auch sehen, daß der Schwerpunkt des Bedarfs bei Pflegeheimleistungen und nicht im Altenheimbereich liegt“ (P 7/114).

Ausgehend von der Erkenntnis, daß mehrmaliges Umziehen für die Betroffenen schwierige Probleme bis hin zu gravierenden Orientierungsschwierigkeiten und Verwirrheitszuständen mit sich bringt, besteht das Ziel des Stuttgarter Altenhilfeplanung in der Schaffung von flexiblen Heimen (P 7/130).

#### cc) Flexibles Heim

Aus der Wohnform des Pflegeheims wurde das Modell des flexiblen Heims entwickelt. Hier sind, wie im geplanten „Servicehaus Stuttgart-Obertürkheim“, eine Vielzahl von altengerechten Wohnungen in einem Haus zusammengefaßt, wobei je nach Situationbedarf alle Dienste bis hin zu Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung geleistet werden. Im Pflegefall ist ein nochmaliger Umzug wie beim Modell des „Betreuten Wohnens“ nicht erforderlich (P 7/130).

Der Zeuge Winter machte darauf aufmerksam, daß die alten Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit Bedürfnisse nach Wohnen haben und Pflegebedürftigkeit „uns nicht dazu legitimiert, dem alten Menschen dieses Bedürfnis abzuspochen“ (P 11/83).

Wegen der Anforderungen an die Planung und den Bau altengerechter Pflegeheime wird auf die von Kuratorium Deutsche Altershilfe im Jahre 1988 in der Schriftenreihe „vorgestellt“ (Nr. 44 und 46) herausgegebenen Publikationen „Neue Konzepte für das Pflegeheim – auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit“ und „Empfehlungen des Instituts für Altenwohnbau zur Planung einer Pflegeabteilung“ verwiesen.

#### c) Als Fazit der Beweisaufnahme sind folgende Gesichtspunkte festzuhalten:

##### aa) Ambulantes privates Wohnen

Neubau und bauliche Anpassung und Modernisierung von möglichst vielen gut ausgestatteten preisgünstigen Kleinwohnungen und Aufnahme des Kriteriums „Behindertenfreundlichkeit bzw. Altengerechtigkeit“ in den allgemeinen Wohnungsbau sowie

- flankierender Ausbau und Qualifizierung ambulanter teilstationärer Dienste;
- Schaffung einer Reha-Klinik im jeweiligen regionalen Einzugsbereich;
- stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen im städtebaulichen Umfeld.

##### bb) Stationäres Wohnen

An die Stelle der Dreigliedrigkeit sollte ein flexibles Heim für altenheim- und pflegeheimbedürftige Bewohner treten.

##### cc) Stärkere Integration der Planungsansätze

Insgesamt ist eine stärkere Integration aller beteiligten Planungsansätze des Wohnungsbaus, der Altenhilfe, des Gesundheitswesens sowie der Stadt- und Verkehrsplanung erforderlich.

Darüber hinaus bezeichnete die Zeugin Gerngroß-Haas (P 7/137) als „Vision der Zukunft“ die Alternative, die Sozial- und Diakoniestationen so auszubauen, daß auch Nacht- und Wochenendarbeit geleistet werden kann; denn bei dieser Konstellation wäre die Koppelung mit einem Altersheim nicht mehr erforderlich. Ziel müßte es sein, einen „optimal ausgebauten ambulanten Bereich und ein hervorragendes kleines flexibles Heim“ zu schaffen (ähnlich: Zeuge Dr. Hummel, P 20/28).

### 3. Maßnahmen zugunsten altengerechter Wohnungen

#### a) des Landes

Nach Angaben des Zeugen Schlee (P 10/70) ist den Wohnbedürfnissen älterer Menschen in den Landeswohnungsbauprogrammen seit 1972 Rechnung getragen worden, indem von 1972 bis 1987 der Bau von über 11 000 Altenwohnungen gefördert wurde.

#### aa) Förderprogramme

##### (1) Landeswohnungsbauprogramm 1989

Aufgrund der Ergebnisse des Zukunftskongresses der Landesregierung „Altern als Chance und Herausforderung“ vom November 1988 wurde das Förderkontingent für betreute Altenmietwohnungen im Landeswohnungsbauprogramm 1989 von 350 auf 1 000 Wohneinheiten aufgestockt. Diese öffentlich geförderten Mietwohnungen kommen solchen älteren Menschen zugute, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und deren Einkommen die für den Bezug sozialer Mietwohnungen maßgeblichen Grenzen nicht überschreiten (§ 5 Abs. 1 Wohnungsbindungsgesetz).

Erstmals gewährt das Land Zuschüsse für Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen in Höhe von 30 v. H. der anererkennungsfähigen Bau- und Einrichtungskosten (höchstens aus 15 000 DM je Wohnung; so Zeuge Frank, P 7/186).

Im wesentlichen sind folgende Fördervoraussetzungen festgelegt:

- Zuschnitt, Ausstattung und Lage der Altenwohnungen müssen den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen und diesen eine selbständige Haushaltsführung ermöglichen.
- Eine differenzierte hauswirtschaftliche und leichte pflegerische Betreuung ist durch soziale Dienste zu sichern. Auch sind Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen vorzuhalten.

Ein Betreuungskonzept ist vorzulegen, aus dem sich Art und Träger der Betreuungsleistungen ergeben. Die Einzelheiten hinsichtlich des Mindestmaßes und Förderung der Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen sowie für die Anforderungen für die Gewährleistung eines abrufbaren Zusatzservices sind in der Verwaltungsvorschrift des SM vom 16. März 1989 (GABl. S. 491) festgelegt, auf die an dieser Stelle verwiesen wird.

- Vorhaben müssen in Stadterneuerungsgebieten (förmlich fest gelegte Sanierungs- und Entwicklungsgebiete, Gebiete nach dem Programm ‚Einfache Stadterneuerung‘, dem ‚Wohnumfeldprogramm‘ und dem ‚14-Städte-Programm‘ sowie nach dem Landesmodernisierungsprogramm anerkannte Schwerpunkte) liegen. Von der Bindung an Stadterneuerungsgebiete wird nur ausnahmsweise abgesehen, falls ein entsprechendes Wohnumfeld gewährleistet ist.

- Beteiligung der Gemeinde oder Dritter an der Finanzierung der Darlehen in Höhe von einem Drittel.

(2) Landessonderprogramm 1989 zur Aufstockung des Landeswohnungsbauprogramms 1989

Nach Angaben des Zeugen Schlee (P 10/70) sind im Landessonderprogramm 1989 zur Förderung von Eigentumsmaßnahmen für kinderreiche Familien und Mietwohnungen für Familien, ältere Menschen, Studenten und Pflegepersonal zusätzlich 1 000 Altenwohnungen vorgesehen.

Abweichend vom Landeswohnungsbauprogramm 1989 ist die Vorlage eines Betreuungskonzeptes nicht Voraussetzung für die Förderung von Altmietwohnungen (vgl. GABl. S. 689, 692). Die übrigen Förderbedingungen entsprechen im wesentlichen denen des Landeswohnungsbauprogramms.

Auf die Frage nach der Finanzierung dieses Programms erklärte der Zeuge Sauer:

„Die Landeskreditbank stellt dem Land den geforderten Betrag zur Verfügung. Der wird behandelt wie eine Art Darlehen, ist aber eigentlich keines. Das heißt, Zins und Tilgung entnehmen wir dem Rückflüßaufkommen, soweit es dem Land eigentlich zustünde, aus öffentlichen Baudarlehen. Also wir geben den Betrag cash dem Land und entnehmen ihn im Lauf der Zeit. Nun bleibt es vertraglicher Vereinbarung mit dem Land vorbehalten, in welchen Zeiträumen man die Tilgung entnehmen will. Wenn man das sehr weit streckt, kann man relativ viel machen. Wenn man es kurz macht, weniger.

Diese Mittel sind nun nahezu erschöpft. Also das, was da gekauft werden kann, in diesem Sinne, wie ich es gesagt habe, ist jetzt so ziemlich die letzte denkbare Tranche“ (P 9/59).

Ziel des Programms ist die rasche Wohnraumversorgung älterer Menschen, die zum Bezug einer Sozialmietwohnung berechtigt sind. Zugleich soll der allgemeine Wohnungsmarkt entlastet und erreicht werden, daß größere, von allein lebenden älteren Menschen bewohnte familiengerechte Mietwohnungen frei werden und zur Versorgung von Familien zur Verfügung stehen. Hierzu erklärte der Zeuge Schlee bei der Beweisaufnahme am 6. Juni 1989:

„Ich nehme an, daß das nun möglichst rasch geht und daß wir natürlich möglichst rasch etwas erreichen können. Ich habe auf die Problematik hingewiesen, nun eben solche älteren Mitbürgerinnen aus Wohnungen – ich will es mal so salopp sagen – herauszubekommen, die natürlich irgendwann mal familiengerecht waren, als noch Kinder im Haus waren. Aber wenn da jetzt eine Frau allein wohnt, dann ist das natürlich ein Problem insgesamt, weil wir einfach mit Neubauten das allein nicht lösen können. Wir müssen einen Teil des Problems aus der Substanz heraus lösen“ (P 10/80).

Nach Feststellungen der Stadt Freiburg wird durch den Umzug älterer Menschen in spezielle Altenwohnungen zwischen 30 und 40 % mehr Wohnraum freigemacht (Zeuge Seeh, P 14/3).

Auf Vorhalt, ältere Menschen würden ihre größeren Wohnungen nur dann freimachen und in kleinere umziehen, wenn diese nicht so teuer seien wie die großen Wohnungen und der Mieterschutz gewahrt bleibe, meinte der Zeuge Schlee, daß die miet- und sozialrechtlichen Instrumentarien derzeit ausreichend sind. Im einzelnen betonte er, daß während der Bindungsfrist der Fördernehmer die vertraglich zugesagten Mietpreise in Höhe von 6,50 DM pro qm allgemein im Lande, von 6,75 DM pro qm in Städten über 100 000 Einwohnern und von 7 DM pro qm in Stuttgart einhalten muß.

Nach Ablauf der Bindungsfrist ist seiner Meinung nach der mietrechtliche Schutz angesichts des dann wieder greifenden „Automatismus der Vergleichsmiete“ (P 10/93) gewährleistet. Auch helfe Wohngeld bei Älteren, wenn der Wohnraum nicht überzogen groß ist (P 10/94).

Finanzielle Anreize, etwa die Erstattung von Umzugskosten, hielt er für einen Ansatz, um ältere Menschen zu veranlassen, aus einer für sie zu groß gewordenen Wohnung auszuziehen. Einschränkend sagte er:

„Aber da spielen natürlich auch immaterielle Dinge eine ganz, ganz große Rolle, wenn man einen Lebenskreis aufgebaut hat in einem Stadtteil, in einer Gemeinde. Die Älteren sind natürlich auf den Freundeskreis, auf einen Bekanntenkreis mindestens so angewiesen wie wir, wahrscheinlich noch mehr. Da müssen also auch psychologische Sperren überwunden werden. Ob das gelingt, das wird sich zeigen“ (P 10/86).

### (3) Maßnahmen der städtebaulichen Erneuerung

Im Rahmen der städtebaulichen Erneuerung können Aufwendungen für die altengerechte Ausstattung und Modernisierung von Wohnungen gefördert werden. Berücksichtigt werden zum Beispiel die Kosten für rutschfeste Fußbodenbeläge bzw. Bodenfliesen, eine altengerechte Ausstattung der Sanitärbereiche, der Einbau von Aufzügen, soweit dies notwendig ist, Kosten für Grundrißveränderungen im Zusammenhang mit der Schaffung von zusätzlichen Wohnungen für ältere Menschen. Bei der Anerkennung der Zuwendungsfähigkeit bestehen für den Ausstattungsstandard grundsätzlich keine Beschränkungen; allerdings werden im Hinblick auf die nur begrenzt zur Verfügung stehenden Finanzhilfen keine Luxusmodernisierungen berücksichtigt.

Städte und Gemeinden können die ihnen bewilligten Städtebauförderungsmittel zusammen mit den kommunalen Eigenanteilen dazu verwenden, die altengerechte Modernisierung von Wohnungen durch Zuschüsse zu fördern. „Dies geschieht in den rund 780 förmlich festgelegten Sanierungsgebieten, wie wir feststellen können, in steigendem Maße“, erklärte der Zeuge Schlee (P 10/72).

### (4) Landesmodernisierungsprogramm 1989

Nach Angaben des Zeugen Schlee (P 10/73) werden in rund 350 Gebieten nach dem Programm „Einfache Stadterneuerung“ und in den 60 anerkannten Modernisierungsschwerpunkten die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen der Kommunen durch zinsverbilligte Darlehen aus dem Landesmodernisierungsprogramm ergänzt. Modernisierungsmaßnahmen sind insbesondere bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen, wenn die Wohnungen, die dort hergerichtet werden, auf Dauer für sie bestimmt sind.

Für das Landesmodernisierungsprogramm 1989 stehen Zinszuschüsse in Höhe von 14 Millionen DM bereit. Von diesen Zinszuschüssen werden für die Modernisierung zu altengerechten Wohneinheiten vorab etwas mehr als 2 Millionen DM reserviert, was einem Darlehensvolumen von 7 Millionen DM entspricht.

Bei Gewährung eines zinsverbilligten Darlehens in Höhe von 35 000 DM pro Wohnung können somit 200 altengerechte Wohnungen durch Modernisierung geschaffen werden.

Die Darlehensbewilligung zu Lasten des Kontingents für die Schaffung von altengerechten Wohnungen durch Modernisierung setzt voraus, daß sich das Gebäude in der Nähe einer qualifizierten Betreuungseinrichtung befindet, und daß bei Bedarf eine differenzierte hauswirtschaftliche und leichte pflegerische Betreuung durch diese Einrichtungen gesichert ist.

Die Zeugin Dr. Weeber kritisierte, daß die Modernisierungsprogramme nicht freibleibend, sondern nur gebietsbezogen finanzielle Hilfen ermöglichen:

„Der Bedarf an Nachrüstung von bestehenden Substandard-Wohnungen fürs Alter wird von keinem Förderprogramm richtig erfaßt“ (P 12/62).

Auch vertrat sie die Ansicht, daß die Leute bei durchschnittlichen Umbaukosten von zirka 15 000 DM in der Regel finanziell überfordert sind. Sie ging davon aus, daß die Finanzierungsschwierigkeiten so groß sind, daß der notwendige Umbau nur in sehr wenigen Fällen greift (P 12/63).

(5) Überwachung der zweckentsprechenden Verwendung gewährter Landesmittel

Für die haushaltsmäßige Überwachung gilt das in der als Anlage 1 beigefügten Stellungnahme des SM vom 26. Oktober 1988 (S. 36 f.) dargestellte Verfahren sowie die dort angeführten Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

Die Zweckbindung öffentlich geförderter Altenwohnungen wird von den Gemeinden, in denen zweckgebundene Wohnungen gebaut wurden, überwacht, indem sie diese Wohnungen in der sogenannten Wohnungsbindungskartei erfassen und die Unterlagen auf dem laufenden halten.

Nach dem Landeswohnungsprogramm sollen bei der Vergabe von öffentlichen Baumitteln zur Förderung des Mietwohnungsbaus nur solche Gemeinden berücksichtigt werden, die die Unterlagen über die bisher öffentlich geförderten Wohnungen ordnungsgemäß führen und die Bindungen überwachen. Nach Angaben des SM in der als Anlage 1 beigefügten Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 haben die Regierungspräsidien auf Weisung des Innenministeriums entsprechende Kontrollen vorgenommen.

(6) Änderungen der Landesförderprogramme wurden im Rahmen der Beweisaufnahme in folgenden Punkte gefordert:

- Einbeziehung der Grundstückspreise in die Förderung, da aufgrund hoher Grundstückspreise in den städtischen Räumen dort die Finanzierung von Altenwohnbauvorhaben oft nicht möglich ist (Zeugen Krautter, P 7/142; Dr. Richter, P 8/40).
- Den Kommunen sollten zinsverbilligte Darlehen zur Finanzierung ihres kommunalen Drittels zur Verfügung gestellt werden, da mangels Vorhandenseins anderer Dritter die Drittmittel durch die Kommunen nur sehr schwierig aufzubringen sind (Zeuge Krautter, P 7/142; anderer Ansicht: Zeuge Schlee, P 10/75).
- Die ausschließliche Förderung in Sanierungsgebieten sollte nach Auffassung des Landkreistages Baden-Württemberg fallengelassen werden, da Altenwohnungs- oder Wohnanlagenstandorte nicht nur in Sanierungsgebieten bestehen (Zeuge Frank, P 7/193). Dagegen hielt der Zeuge Dr. Richter (P 8/49) die Konzentration auf die Sanierungsgebiete deshalb für richtig, weil der Anteil alter Menschen in Altstadtgebieten besonders hoch ist und die „von ihren sozialen Wurzeln her am dringendsten auch Unterstützungbedarf haben“.
- Beim Einsatz öffentlicher Mittel sollte insbesondere aus zwei Gründen auch Eigentumsbildung für alte Menschen ermöglicht werden:

Zum einen bedeutet Wohnen zur Miete angesichts der Umwandlungsmöglichkeiten der Wohnungseigentümer für die älteren Menschen „viel Verunsicherung, auch Beängstigung“ (Zeuge Dr. Richter, P 8/28). Dem könnte über den Eigentumserwerb der bisherigen – schon selbst bewohnten – Mietwohnung begegnet werden. Auch könnte auf diesem Wege dem Problem begegnet werden, daß aufgrund der geltenden Ein-

kommensgrenze nach § 5 Abs. 1 Wohnungsbindungsgesetz nur etwa die Hälfte der Alleinstehenden und weniger als die Hälfte der Ehepaare von den neuen Wohnformen bis hin zu Altenheim- bzw. Pflegeheimleistungen ausgeschlossen werden (Zeugin Gerngroß-Haas, P 7/122).

- Im Hinblick auf die durch mehrmaliges Umziehen entstehenden Probleme (auch beim Modell des Betreuten Wohnens) sollte die Senkung der Altersgrenze in der Altenwohnungsförderung auf 50 Jahre erwogen werden (Zeugin Gerngroß-Haas, P 7/121).
- Wegen der angestrebten Mischung von Wohnsiedlungen sind nach Auffassung des Zeugen Pahl (P 9/101) nicht spezielle Programme für Ausiedler, junge Familien oder alte Menschen, sondern allgemeine Wohnungsbauprogramme erforderlich.

#### bb) Sonstige Maßnahmen

Der zunehmenden Bedeutung des Baus von altengerechten Wohnungen trägt das Land durch Öffentlichkeitsarbeit zur Bewußtseinsbildung für die Belange älterer Menschen in den Gemeinden und in weiten Kreisen der Bevölkerung bei.

#### Öffentlichkeitsarbeit

Hierzu zählt auch die Durchführung von Landeswettbewerben, wie zum Beispiel „Die familienfreundliche Stadt“ durch das Sozialministerium oder „Wohnen in der Stadt“ und „Bauen und Wohnen in alter Umgebung“ durch das Innenministerium, in denen familiengerechtes Wohnen und die Eignung der Wohnbereiche für die Bedürfnisse auch alter Menschen herausgehobene Gesichtspunkte innerhalb des gesamtgemeindlichen Handelns darstellten (Zeuge Schlee, P 10/76).

Ausgehend von einem erheblichen „Informationstransport zu den Architekten, zu den freien und gemeinnützigen Wohnungsunternehmen“ der erwähnten Informationsveranstaltungen empfahl der Zeuge Winter (P 11/89) derartige Veranstaltungen auf Landes- und auch auf Kreisebene noch zahlreicher durchzuführen. Mehr Öffentlichkeitsarbeit und Information insbesondere im Hinblick auf die Existenz und Funktion des Kuratoriums Deutsche Altershilfe befürwortete die Zeugin Gerngroß-Haas (P 7/123). Dagegen meinte der Zeuge Krautter (P 7/149), daß zur Frage altengerechter Planung Aufklärung und Information schon stattfindet und es deshalb nicht mehr eine Frage der Information und des Wollens sei, sondern daß „etwas passiert“.

Ferner müßten Wohnberatungsstellen für ältere Menschen eingerichtet werden, zum Beispiel zum Thema Wohnungsanpassung (so die Zeugin Gerngroß-Haas, P 7/123, und der Zeuge Winter, P 11/90). Über eine umfassende Beratung durch Baufachleute, Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter kann anhand der konkreten Situation geprüft werden, „ob der Bewohner mit einer verbesserten Wohnung aufgrund seiner familiären und persönlichen Situation überhaupt dort weiterhin leben kann“. Diese Stelle könnte nach Meinung der Zeugin Gerngroß-Haas (a. a. O.) vor Ort auch die Öffentlichkeitsarbeit übernehmen.

#### Aus- und Fortbildung

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 72) haben die Architekten die mit dem Wohnen im Alter zusammenhängenden Fragen schon aufgegriffen und beschäftigen sich mit Themen wie zum Beispiel „Selbstbestimmung im Alter – Was können Wohnumfeld- und Wohnraumgestaltung dazu leisten“ (ebenso Zeuge Schlee, P 10/77).

Dennoch hielten die Zeugin Gerngroß-Haas (P 7/123) sowie der Zeuge Winter (P 11/89) eine stärkere Einbeziehung der Belange „Alter und Behinderung“ in Aus- und Fortbildung, insbesondere im Studium der Architektur oder der Ingenieurwissenschaften für erforderlich.

## b) der Städte und Gemeinden

## aa) Bauleitplanung

Die Gemeinden haben im Rahmen der Bauleitplanung eine sozialgerechte Bodennutzung zu gewährleisten und eine menschenwürdige Umwelt zu sichern. Dabei sind unter anderem

- die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Familien, der jungen und alten Menschen und der Behinderten,
- die Wohnbedürfnisse der Bevölkerung bei Vermeidung einseitiger Bevölkerungsstrukturen,
- die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse und
- die verbrauchernahe Versorgung der Bevölkerung

zu berücksichtigen.

Dazu können nach § 9 Abs. 1 Baugesetzbuch in Bebauungsplänen festgesetzt werden

- einzelne Flächen, auf denen ganz oder teilweise nur Wohngebäude errichtet werden dürfen, die für Personengruppen mit besonderem Wohnbedarf bestimmt sind (z. B. für alte Menschen, Behinderte usw.),
- Flächen für den Gemeinbedarf (z. B. für soziale und kulturelle Einrichtungen) und
- Flächen, auf denen ganz oder teilweise nur Wohngebäude, die mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaus gefördert werden konnten, errichtet werden dürfen.

Damit steht den Gemeinden in der Bauleitplanung ein verhältnismäßig umfangreiches Regelungsinstrumentarium für eine möglichst vorteilhafte Gestaltung der Wohnsituation älterer Menschen zur Verfügung. Die staatlichen Aufsichtsbehörden können im Regelfall jedoch nicht verlangen, daß Festsetzungen über altengerechte Wohnungen getroffen werden. Auch kommt das Planungsinstrumentarium erst dann zur Geltung, wenn sich die Vorstellungen eines Grundstückseigentümers oder eines Maßnahmeträgers zur Schaffung von Altenwohnungen mit den sozialpolitischen Zielvorstellungen einer Gemeinde treffen.

Derartige Initiativen wurden in innerstädtischen und verdichteten Bereichen wegen der hohen Grundstückspreise bislang zugunsten von gewerblichen Nutzflächen nicht oder nur sehr selten ergriffen. Der Zeuge Winter bekundete einen Bewußtseinswandel auf kommunalpolitischer Ebene:

„Mittlerweile kennen wir in Baden-Württemberg eine ganze Reihe von Städten, wo auf wirklich hochwertigen innerstädtischen Standorten, wo die Tiefgaragen schon stehen, die Baumaßnahmen abgebrochen wurden und statt der geplanten – ich sage es einfach mal – Arztpraxisgemeinschaft dann doch auf einmal ein Altenzentrum oder Altenwohnungen geplant wurden“ (P 11/74, im Ergebnis ebenso: Zeuge Koller, P 12/48).

„Im verdichteten Umland der größeren Städte werden in einigen Jahren aufgrund der Stadtflucht in den sechziger- und siebziger Jahren die höchsten Anteile älterer Menschen leben. Darauf sind wir (Anm.: städteplanerisch und altenwohnungsbaupolitisch) nicht eingerichtet“, beklagte der Zeuge Winter (P 11/74).

## bb) Sonstige Maßnahmen

Für die Berücksichtigung der Belange älterer Menschen ist das gesamtgemeindliche Handeln im Rahmen des Städtebaus von größter Bedeutung. Seitens der Gemeinden ist daher besonderer Wert zu legen auf

- die Sicherstellung eines bei Bedarf abrufbaren Betreuungsangebots im ärztlichen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich durch eine hinreichende Ausstattung der Sozialstationen (vgl. die Darstellung unter V. 3. b) und anderer ambulanter Hilfeinrichtungen (vgl. V. 4.),
- die räumliche Zuordnung bzw. Mischung von Altenwohnungen mit dem allgemeinen Wohnen, zu Grünflächen, zu kulturellen und Versorgungseinrichtungen, insbesondere mit den Dingen des täglichen Bedarf, und
- Maßnahmen zur Verbesserung des Umfeldes im Lebensbereich älterer Menschen etwa durch behindertenfreundliche Gestaltung öffentlicher Verkehrsmittel und sonstiger öffentlicher Infrastruktureinrichtungen (vgl. die Darlegungen unter III. 2. b. aa).

#### **IV. Geriatrich-gerontologische Forschung**

(Ziffer B. IV. des Untersuchungsauftrages)

##### **1. Forschungseinrichtungen und Schwerpunkte der Forschung in Baden-Württemberg**

- a) An der Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie (Prof. Dr. Lehr) wird interdisziplinär mit Ärzten zusammen mit dem Ziel geforscht,
- langfristig eine Korrektur des negativen Altersbildes in unserer Gesellschaft zu bewirken und
  - zu einer profunden Entwicklung von Interventionsprogrammen zur Erhaltung und Steigerung der Kompetenz im Alter beizutragen.

Mit diesen Untersuchungen soll festgestellt werden, wie die seelische Situation älterer Menschen in „Grenzsituationen“ (Krankheiten, Verlustsituationen sowie das Sterben) verbessert bzw. wirksam beeinflusst werden kann. Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 80) hat sich bei der Forschungsarbeit bereits gezeigt, daß ältere Menschen über viele ungenutzte Potentiale und Fähigkeiten verfügen.

- b) Am Institut für Pathochemie und allgemeine Neurochemie (Prof. Hoyer), Universität Heidelberg, werden tierexperimentielle Untersuchungen zu den pathobiochemischen Mechanismen des Nervenzelluntergangs bei normaler Hirnalterung, nach zerebraler Ischämie (Modell Schlaganfall) und nach Stoffwechselhemmungen (Modell Demenz) durchgeführt. Im Zusammenhang hiermit stehen pharmakologische Studien mit dem Ziel, den Nervenzelluntergang unter normalen und pathologischen Bedingungen günstig zu beeinflussen (Verlangsamung bzw. Schutz).
- c) Beim Zentrum für Molekulare Biologie, Universität Heidelberg, beschäftigt sich Prof. Beyreuther mit molekularbiologisch-genetischen Studien zur Aufklärung des genetischen Mechanismus, der möglicherweise der Alzheimerschen Demenz zugrundeliegt. Bisher hat diese Forschergruppe das Vorläuferprotein entdeckt, das eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Alzheimerschen Erkrankung zugrundeliegenden Speicherung von Amyloid (= unter krankhaften Umständen im Organismus entstehender Eiweißkörper unbekannter Zusammensetzung) im Gehirn spielt.



Nach Angaben des Sachverständigen Prof. Österreich (P 9/14) steht hier „der unverzichtbare Austausch mit den klinischen Fächern noch aus“.

- d) Am Institut für Genetik der Universität Stuttgart-Hohenheim erforscht Prof. Bayreuther die Genetik von Alternsprozessen.
- e) An der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg wird in der von Prof. Österreich geleiteten Sektion Gerontopsychiatrie nach den ursächlichen Faktoren der verschiedenen Demenzformen und Depressionen im mittleren und höheren Lebensalter geforscht. Ferner wird Therapieforschung betrieben, indem beispielsweise
- Trainingsverfahren bei leicht demenziell erkrankten Älteren und
  - Programme über Altenberatung als ein Instrument der primären Vorsorge erarbeitet sowie
  - psychometrische Tests zur Bestimmung des normalen Alterns und der verschiedenen Demenzformen durchgeführt werden.
- Projektiert sind die Erforschung von Einstellungen zu Sterben und Tod (in Zusammenarbeit mit dem Institut von Prof. Lehr) und die Ausarbeitung differenzierter Strategien von Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Gruppe ärztlicher Hilfsberufe (P 9/8).
- f) Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Prof. Dr. Häfner), Mannheim, führt als größte psychogeriatrische Forschungseinrichtung in Baden-Württemberg eine Vielzahl von epidemiologischen und psychopharmakologischen Forschungsprojekte durch.
- Wegen der Forschungsprojekte im einzelnen wird auf die Auflistung des SM (Stellungnahme von 17. Januar 1989, S. 76 f.) verwiesen. Ferner wird Grundlagenforschung mit dem Ziel der Aufklärung der Alzheimerschen Demenz betrieben. Hierbei werden unter anderem unter therapeutischen Gesichtspunkten evtl. synergistische Wirkungen oder Nebenwirkungen bei der Multimorbidität alter Patienten und deren Auswirkung auf Demenz untersucht.
- g) Am Bethanien-Krankenhaus für Innere Medizin und Geriatrie in Heidelberg forscht Prof. Schlierf in Kooperation mit dem Herzinfarktzentrum der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg in den geriatrischen Bereichen Multimorbidität, Ernährung im Alter, Fettstoffwechsel, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Pharmakotherapie, Rehabilitation von Patienten nach Schlaganfall und Schenkelhalsfraktur sowie internistische Primär- und Sekundärprävention (P 9/6).
- Nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Schlierf befaßt sich bei der geriatrischen Forschung in Baden-Württemberg keine Universität mit den damit zusammenhängenden präventiven Aspekten, „weil Geriatrie an den Hochschulen bisher in der Bundesrepublik kaum und in Baden-Württemberg nicht vertreten ist“ (P 9/39).
- h) An der Universität Freiburg werden Untersuchungen über die Entstehung und Behandlung der Osteoporose sowie über die Prävention von Arteriosklerose und der koronaren Herzerkrankung durchgeführt.
- i) An der Universität Konstanz, Lehrstuhl für Psychologie, wird von Prof. Cohen und Dr. Markowitz ein Demenz-Test entwickelt.
- k) An der Universität Ulm wird von Prof. Hole, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weißenau, auf dem Gebiet der Depressionen geforscht. Hierzu besteht am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weißenau eine eigene Depressionsstation.

l) An der Rehabilitationsklinik für Frühgeriatrie der LVA Baden in Nordrach (Ortenaukreis) forscht Prof. Fischer mit dem Schwerpunkt somatische und psychologische Rehabilitation bei Menschen im mittleren und beginnenden höheren Lebensalter.

m) Am Institut für Haushalts- und Konsumökonomik der Universität Stuttgart-Hohenheim forscht Frau Prof. Blosser-Reisen auf dem Gebiet Sozialökonomie bei alternden Menschen.

Nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Österreich nehmen „Programme der Mehrfachwirkungen (Anm.: von Medikamenten im Alter sowie der Multimorbidität im Alter) insgesamt 20 bis 30 % des Gesamtvolumens wissenschaftlicher Tätigkeit ein“ (P 9/15).

## 2. Forschungsförderung des Landes

a) in der Vergangenheit

aa) Kritik

Der Sachverständige Prof. Österreich bezeugte bei der Beweisaufnahme am 29. Mai 1989 ein „außerordentliches Defizit gerontologisch-geriatrich-gerontopsychiatrischer Forschung und Lehre“ (P 9/13). Bayreuther (Kommissionsbericht, S. 38) spricht von der Bundesrepublik als dem absoluten Schlußlicht in allen Teilbereichen der Gerontologie in Forschung, Lehre und Ausbildung gegenüber allen gleichartig oder weniger entwickelten Ländern (ähnlich: Empfehlungen, Kommissionsbericht, S. 202).

Die Ursachen dieser Situation der Gerontologie in der Bundesrepublik Deutschland ist auf eine Vielzahl von Unterlassungen und Fehlentscheidungen der Bundesregierungen, der Landesregierungen und der Wissenschafts-Förderorganisationen zurückzuführen (so Bayreuther, a. a. O.). Wörtlich erklärte der Sachverständige Prof. Österreich:

„Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie bemüht sich seit über zwei Jahrzehnten um die Durchsetzung wissenschaftlicher Forschungsprogramme in Bund und Länder. Sie sind bislang mehr oder weniger an der Indolenz der politischen Administration und vor allem aber an der hartnäckigen Gegenwehr der Bundesärztekammer gescheitert“ (P 9/5).

Hinsichtlich der Fördersituation in Baden-Württemberg zeichnete er ein weitgehend negatives Bild. Lediglich Maßnahmen jüngeren Datums schätzte er positiv ein: Die Gründung des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg 1986 sowie den Kongreß „Altern als Chance und Herausforderung“ im November 1988 mit der im April 1989 im Auftrag des Wissenschaftsministerium erfolgten Konstituierung eines Arbeitskreises zur Errichtung eines „Zentrums für Altersforschung“ (P 9/4).

Zur Situation in der Vergangenheit fügte er kritisch hinzu:

„Die Landesregierung – ich darf das durchaus mit einem deutlich kritischen Unterton hier sagen – hat es in den letzten 20 Jahren an notwendiger Aufmerksamkeit und Förderung gerontologisch-geriatrich-gerontopsychiatrischer Forschung fehlen lassen. Eine Vielzahl wiederholt gestellter Anträge ist nicht zur Kenntnis genommen bzw. abgelehnt worden. Die verstreut über das Gebiet dieses Bundeslandes arbeitenden kleinen Forschergruppen oder Einzelpersonen haben diese Unterlassung bitter zu beklagen. Gelegentliche Zuweisungen sind in recht einseitiger Form an bestimmte Institutionen erfolgt, ohne daß zuvor eine wissenschaftliche ‚Leistungskontrolle‘ dieser Einrichtungen vorgenommen worden wäre“ (P 9/16).

Nach Ansicht des Sachverständigen mißt die Landesregierung der gerontologischen und geriatriischen Forschung einen nur geringen Stellenwert zu. Dies ergebe sich unter anderem aus der Verteilung von C 4-Professuren:

„Wenn ich die Einrichtung von Heidelberg zusammenzähle, sind es sieben Professuren, die sich im engeren Sinne des Wortes mit Gerontologie, Geriatrie oder Gerontopsychiatrie oder den dazugehörigen Grundlagenfächern beschäftigen. Es gibt aber 16 andere Professuren, ebenfalls an der Universität Heidelberg, wo es immer nur um ein Organ oder um ein Organchen oder eine kleine Krankheit eines kleinen Organchens geht. Das ist mal ganz interessant. Alle sind C 4-Professuren: Versuchtstierkunde; Strahlentoxikologie; nicht Chirurgie, sondern Kinderchirurgie; nicht Chirurgie, sondern Torax-Chirurgie; Urologie. Ganz originell wird es in Heidelberg mit der Zahnheilkunde. Hier gibt es vier C 4-Professoren: Einer, das wäre verständlich, für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, aber dann auch noch einer für Zahnerhaltungskunde, ein weiterer für zahnärztliche Prothetik und ein weiterer für Kieferorthopädie. . . .

. . . Um diesen Vergleich noch etwas zuzuspitzen, habe ich mir einmal die Mühe gemacht, im letzten Jahrgang des Staatsanzeigers nachzulesen, welche C 4-Professuren in Baden-Württemberg sonst noch ausgeschrieben werden. Da gibt es eine C 4-Stelle für Orchestererziehung, eine für Viola, zwei für Trompete und eine für Contrabaß – eine C 4 für Contrabaß. Das ist doch ganz interessant, und für die Alten wird relativ wenig getan“ (P 9/9).

Auf die Frage nach dem Zusammenhang von Qualität der Altersforschung und der Anzahl der C 4-Professoren-Stellen erwiderte der Sachverständige Prof. Österreich:

„Ein C 4-Professor hat im Rahmen seines Ordinariats, seines ordentlichen Lehrstuhls eine Einrichtung zu leiten, die eine bestimmte Attraktivität hat und die einen Sog auch auf jüngere Kollegen hat, die in Forschung oder auch in der Praxis tätig sein wollen. Dieser Sog wird sich auf diese Kollegen positiv auswirken. Wir haben im Moment – es geht ja nicht nur um Forschung, es geht um die Ausbildung – keine Ausbildungsmöglichkeit für Ärzte, die sich später einmal im wesentlichen Teil ihrer Praxis um Alterskranke kümmern müssen. Es gibt keine solche. An der Universität findet eine qualifizierte Ausbildung im Zusammenhang mit Forschung und Lehre statt. Von der Universität gehen Impulse an andere Geriatriische Kliniken aus. Dies muß man einfach einmal so sehen. Der Stellenwert, die Bedeutung einer C 4-Professur ist etwas ganz Wesentliches. . . . Ich denke, das Altern des Menschen, der kranke alte Mensch, das sind so wichtige Fragestellungen, und ich finde es einfach schlecht, wenn es eine C 4-Professur für Contrabaß gibt, aber keine für alte Menschen oder nur wenige für alte Menschen“ (P 9/24).

#### bb) Haltung des Ministers für Wissenschaft und Kunst

Auf Vorhalt des kritisierten Rückstands von Forschung und Lehre gegenüber dem Ausland sowie der Kritik mangelnder Forschungsförderung des Landes erklärte der Zeuge Prof. Engler bei der Beweisaufnahme am 6. Juni 1989:

„Es kommt darauf an, welchen Maßstab man anlegt, wenn man prüft, ob in einem Land gegenüber einem anderen Land ein wissenschaftlicher Rückstand besteht. Es gibt immerhin das weltweit anerkannte Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, das auch bei der WHO zum Beispiel ein sehr hohes Ansehen hat. Das Institut, das Frau Prof. Lehr bis vor kurzem geleitet hat und das natürlich jetzt weiterbetrieben wird, ist auch von einer, wie ich glaube sehr großen

Bedeutung. Wenn Sie vielleicht Personen zählen oder wenn Sie vielleicht auch Veröffentlichungen zählen, dann kann es sein, daß da ein Rückstand festgestellt wird“ (P 10/11).

Ferner meinte er, daß das Bewußtsein bezüglich der Notwendigkeit spezieller Altersforschung auch im Ausland „nicht so alt ist, wie es nun heute teilweise dargestellt wird“ (P 10/12).

Auch bezweifelte er, „ob ein Forschungsmangel dieser Art (Anm.: Rückstand gegenüber der Forschung in einigen Ländern) Ursache ist für Mängel in der Versorgung oder in der konkreten Hilfe für ältere Menschen“ (P 10/27).

Schließlich hielt der Zeuge Prof. Engler seinen Kritikern vor,

„daß weder die Landesregierung mit ihren Beamten noch die Politik mit ihren Fraktionen im Landtag diejenigen sind, die das (Anm.: Notwendigkeit spezieller Altersforschung) als erste merken und erkennen, sondern es muß von den einzelnen Forschern ausgehen, die solche Erkenntnisse gewonnen haben, und daß dann zunächst einmal innerhalb der Hochschulen, wenn das Hochschulforscher sind, Schwerpunkte gesetzt werden können und müssen und wir in aller Regel natürlich den Hochschulen nicht von uns aus vorschreiben, was sie jetzt zu forschen haben, sondern daß sie uns die Impulse geben“ (P 10/12).

Die Übertragbarkeit ausländischer Forschungsergebnisse bejahte der Zeuge Prof. Engler unter der Voraussetzung, daß „man ständig diese Erkenntnisse auf unsere Gesellschaft projiziert, und sie hier mit eigenen Forschungsmitteln fortentwickelt. Das wollen wir eben tun“. (P 10/28).

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Schlierf kann

„der Nachholbedarf hier fraglos rascher als in anderen Ländern, wo die Dinge neu erarbeitet werden mußten, aufgeholt werden, wenn sich interessierte Personen und eine gewisse Institutionalisierung dafür einsetzen, weil jeder Wissenschaftler natürlich nicht nur auf dem aufbaut, was er sich ausdenkt in seinem Kopf, sondern auch auf dem, was andere Wissenschaftler zuvor gedacht haben“ (P 9/44).

Auf die Frage nach dem Zeithorizont erklärte er:

„Ich glaube, wenn diese Dinge (Anm.: Forschungsempfehlungen der Kommission ‚Altern als Chance und Herausforderung‘) in Angriff genommen würden, dann würden wir schnell vorankommen. Und ich glaube natürlich schon, wenn ich mich jetzt mal festlegen soll, wenn Sie morgen einen fähigen und interessierten Mann an einer Universität mit einer gewissen Ausrüstung versehen, dann wird der im akademischen Wettbewerb schon innerhalb von fünf Jahren einiges bewegt haben“ (P 9/51).

Im Unterschied hierzu glaubte der Zeuge Prof. Engler

„nicht, daß man da von einem Zeitrückstand von fünf Jahren sprechen kann, weil es eben nicht so ist, daß in der Vergangenheit nichts geschehen wäre. Es ist bloß nicht zusammengefaßt, es ist nicht plakativ herausgestellt worden, aber es ist Altersforschung auf vielen Gebieten gemacht worden. Ob das nun zehn parallel machen oder ob das zwei machen oder so, ist für mich nicht das Entscheidende“ (P 10/17).

#### b) Neuere Aktivitäten der Landesregierung

Im Rahmen des Aktionsprogramms der Landesregierung für ältere Menschen vom 28. November 1988, mit dem die Ergebnisse des Zukunftskongresses „Altern als Chance und Herausforderung“ umgesetzt wurden, hat der Ministerrat unter anderem beschlossen, die gerontologisch-geriatriische Forschung zu verstärken.

## aa) Einrichtung eines deutschen Zentrums für Altersforschung

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 6. Juni 1989, S. 4) ist unter anderem das Ministerium für Wissenschaft und Kunst damit beauftragt worden, einen wissenschaftlichen Arbeitskreis einzuberufen, der eine Konzeption zur Einrichtung eines deutschen Zentrums für Altersforschung ausarbeiten soll. In dieser wissenschaftlichen Konzeption sollen als Grundlage für die weiteren organisatorischen und finanziellen Überlegungen die Aufgaben, die Arbeitsgebiete, die Forschungsschwerpunkte und die Struktur des künftigen Zentrums für Altersforschung formuliert werden.

Auf die Frage nach der Struktur des künftigen Zentrums erklärte der Zeuge Prof. Engler:

„Diese Aktivität ist zunächst eine bundesweit gedachte . . . Wir haben noch nicht den Zuschlag von Bonn. Aber wir haben bereits erklärt – der Ministerpräsident hat es ja auch so ausdrücklich erklärt –: Wenn Bonn nicht mitmachen sollte und – allerdings jetzt wider unseres Erwartens – an ein anderes Land die Sache vergeben würde, dann würden wir es auf eigene Faust machen“ (P 10/43 f.).

Um eine zeitliche Verzögerung bei der Gründung des Zentrums für Altersforschung zu vermeiden, ist nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 6. Juni 1989, S. 5) vorgesehen, daß zunächst das Land die erforderlichen vorbereitenden Schritte einleiten wird und parallel hierzu die Möglichkeit einer Bundesbeteiligung oder einer gemeinsamen Trägerschaft durch den Bund und aller Länder geprüft und die dazu nötigen Verfahren in Gang gesetzt werden.

Im Haushaltsjahr 1989 ist nach Bekundungen des Zeugen Prof. Engler eine halbe Million DM als Anlauffinanzierung zur Verfügung gestellt. Seinen Angaben zufolge soll das Zentrum, „wenn es dann später arbeitet, zweierlei machen: Es soll sowohl selber forschen wie aber auch gewissermaßen Forschung vermitteln“ (P 10/8). Anlässlich der konstituierenden Sitzung des Arbeitskreises drückte Frau Bundesministerin Lehr die Erwartung aus, daß mit dem geplanten Zentrum der bisherigen mangelhaften Kommunikation zwischen den Forschungsinstitutionen abgeholfen werden kann (Staatsanzeiger vom 19. April 1989).

## bb) Einrichtung gerontologischer bzw. geriatrischer Lehrstühle

Der Zeuge Prof. Engler rechnete u.a. damit, daß der Arbeitskreis der Landesregierung „Empfehlungen geben wird, was und ob und auf welche Weise, nämlich mit welchen Schwerpunkten, an den baden-württembergischen Universitäten die Gerontologie und Geriatrie angesiedelt werden muß“ (P 10/39).

Im Hinblick auf die von ihm bis zum Frühjahr 1990 erwarteten Arbeitsergebnisse und Empfehlungen des Arbeitskreises (P 10/41) lehnte der Zeuge auf Nachfrage eine Personalanforderung im Nachtragshaushalt 1989 ab (P 10/33). Er kündigte in diesem Zusammenhang an, daß die Landesregierung in den regulären Haushalt 1991/92 „eine breite Front von auch Personalansprüchen in diesen Haushaltsantrag hineinbringen“ wird, nachdem sich die Landesregierung entsprechend begründetes Material verschafft habe.

Die Frage der Einrichtung gerontologischer bzw. geriatrischer Lehrstühle „sollte man jetzt noch untersuchen können, bevor man nun konkrete Konsequenzen zieht“, meinte der Zeuge Prof. Engler (P 10/36). In welche Richtung seine Überlegungen tendieren, ließ er jedoch bereits durchblicken, indem er bemerkte:

„Es ist ja eine alte Erfahrung, daß wenn ein entsprechendes Feld besonders bezeichnet wird, es dann auch in der Öffentlichkeit in den Vordergrund des Bewußtseins rückt. Deshalb spricht bei mir vieles

dafür, daß wir überall dort, wo sich von der Fachaffinität her etwas Entsprechendes anbietet, einen gerontologischen Lehrstuhl einrichten“ (P 10/19).

Auch geht er von einer Entwicklung aus, „die mehr in Richtung Gerontologie als benanntes Fach führt, damit die Zusammenführung auch wirklich perfekt in Ordnung geht und damit eben auch von der politischen Seite her mehr Nachdruck in die Sache hereinkommt“ (P 10/37).

Auf die Frage nach der Zweckmäßigkeit von geriatrischen Lehrstühlen meinte der Sachverständige Prof. Schlierf,

„daß ein Geriater beispielsweise an einer Universität, rein akademisch betrachtet, jetzt nicht unbedingt eine Abteilung mit Betten haben müßte, oder wenn, daß dies dann eine vorwiegend rehabilitativ geprägte Abteilung wäre. So ein Geriater hätte alle Hände voll zu tun, mal die Aktivitäten zu koordinieren, die in den verschiedenen medizinischen Disziplinen sich beispielsweise abspielen“ (P 9/46).

### 3. Entwicklungstendenzen

Nach Überzeugung des Zeugen Prof. Engler wird aufgrund der demographischen Veränderung „die Befassung der Forschung mit Altersfragen, mit Fragen älterer Menschen und der alternden, der älter werdenden Menschen sich stark erweitern“ (P 10/9).

Dabei rechnet die Landesregierung nach den Bekundungen des Zeugen Prof. Engler mit einer Teilung der Altersforschung in zwei Hauptzielrichtungen:

„Das eine sind die unmittelbaren Hilfen für alte Menschen, das heißt: Was brauchen sie an Unterstützung, wenn körperliche Gebrechlichkeit, vielleicht auch geistige Gebrechlichkeit eintritt? Wie kann also nun durch Maßnahmen von außen die Situation des alten Menschen verbessert werden? Und zum anderen: Wie kann das, was alte Menschen beitragen können, zugunsten der Gesellschaft nutzbar gemacht werden?“ (P 10/3).

Nach Einschätzung des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 85) ist sowohl die Gerontologie als auch die Geriatrie nur als interdisziplinäre Forschung aussichtsreich. Wesentliche Fortschritte auf dem Gebiet der geriatrischen Forschung werden sich jedoch nur erzielen lassen, wenn entsprechende Fortschritte im Bereich der Grundlagenwissenschaften gemacht werden.

Der Zeuge Prof. Engler erkannte einen starken Unterstützungsbedarf der Grundlagenforschung durch die Landesregierung an und kündigte an:

„Wir werden aber auch – das ist für mich eine ganz selbstverständliche Sache – in der Haushaltsgestaltung der nächsten Jahre die Altersforschung innerhalb des gesamten Forschungsbereichs mit erheblich höheren Mitteln dotieren müssen, um eben hier auch quantitativ einen eindeutig vorhandenen Nachholbedarf zu befriedigen“ (P 10/10).

Konkretere Erwartungen bezüglich der Entwicklungstendenzen bekundeten die Sachverständigen Prof. Schlierf und Prof. Österreich. Mit neuen Erkenntnissen auf den Gebieten der Ernährung, Prävention, Rehabilitation und Pharmakotherapie rechnete der Sachverständige Prof. Schlierf (P 9/41). Seiner Einschätzung zufolge würde die geriatrische und gerontologische Forschung als „außerordentlich wichtige Konsequenz gewährleisten, daß jeder alte Mensch dieselben rehabilitativen Chancen hat“. Der Sachverständige Prof. Österreich forderte in diesem Zusammenhang, daß die präventiven und rehabilitativen Verfahren „weiter in Form multidiszi-

plinärer Konzepte unter Einbeziehung objektivierender, messender Methoden differenziert werden“ (P 9/17).

Schwerpunkte psychogeriatrischer Forschung werden insbesondere die Epidemiologie psychischer Krankheiten im Alter, die Demenzforschung, die Depressionsforschung und die Versorgungsforschung sein (P 10/5 f.). Insbesondere bei der Demenzforschung wird die Untersuchung sogenannter nootroper Substanzen einen besonderen Rang einnehmen. Nach den Erläuterungen des Sachverständigen Prof. Österreich setzen

„nootrope Substanzen unmittelbar am Ausgangsorgan der krankhaften psychischen Störung, am Gehirn und seinen physiologischen und pathophysiologischen Prozessen an. Mit der Weiterentwicklung geeigneter experimentieller und apparativer Untersuchungsmethoden ist – in Zusammenarbeit mit der klinischen Einrichtung – zu erwarten, daß zukünftig der Effekt bestimmter, ausgewählter Therapieverfahren im Anfangsstadium einer krankhaften Störung im Alter, beispielsweise einer Demenz, erforscht und die Frage einer Besserung und einer Ausheilung der Erkrankung bereits in ihrer Initialphase beantwortet werden kann“ (P 9/15).

Über die Erforschung der psychologischen und sozialen Zusammenhänge wird langfristig auch eine Korrektur eines in gewissem Sinn negativen Altersbildes in unserer Gesellschaft bewirkt werden (vgl. Thomae, Kommissionsbericht, S. 9 ff.). „Eine Sache, die wir aufs äußerste unterstützen müssen“, betonte der Zeuge Prof. Engler (P 10/5).

## V. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege

(Ziff. C. V. und IX. des Untersuchungsauftrags)

### 1. Häusliche Pflege älterer Menschen

#### a) Allgemeines

Nach Schätzungen der Bundesregierung leben bundesweit ungefähr 1,6 bis 2 Millionen pflegebedürftige alte Menschen zu Hause (vgl. Stellungnahme des SM vom 21. Februar 1989, S. 13; ebenso Zeugin Hedtke-Becker, P 11/40, und Zeuge Graf, P 12/2). Diese absoluten Größenangaben werden in der Fachwelt in Frage gestellt (vgl. SM, a. a. O.). Andere statistische Zahlen sind jedoch nicht vorhanden. Allgemein wird angenommen, daß derzeit 90 % (so SM, a. a. O., S. 8) oder zumindest 80 % (Zeuge Dr. Hummel, Wohnen, S. 2) der pflegebedürftigen älteren Menschen zu Hause wohnen. Sie stützen sich dabei vorrangig auf die Hilfe ihrer Familien (vgl. Darstellung unter V. 1. b) sowie in 10–20 % der Fälle (Zeuge Dr. Hummel, a. a. O.) auch auf weitergehende ambulante Hilfen der Sozialstationen (vgl. Darstellung unter V. 3.) und ergänzende Dienste (vgl. Darstellung unter V. 4. und 5.).

Über den Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen an der Gesamtzahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen liegen konkrete Erkenntnisse nicht vor. Lediglich aus der Arbeit der Sozialstationen ist bekannt, daß der Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen an den von den Sozialstationen betreuten Menschen – mit steigender Tendenz – relativ groß ist, wobei die Angaben von 25 Prozent (Zeuge Schleinitz, P 10/150) bis 50 Prozent (Zeugin Berner, P 10/49) je nach den örtlichen Gegebenheiten schwanken. Im Durchschnitt dürfte der Anteil der in häuslicher Pflege betreuten Schwerstpflegebedürftigen zur Zeit – jedoch mit steigender Tendenz – bei etwas über 30 Prozent liegen (Zeuge Michel, P 9/70).

Den Grund für diesen hohen Anteil Schwerpflegebedürftiger sah die Zeugin Berner (a. a. O.; ebenso Zeuge Rilling, P 17/129) darin, daß „die Akutkrankenhäuser relativ rasch entlassen und dann die Geriatrie und die Rehabilitation fehlen und die dann doch in einem relativ schwerpflegebedürftigen Zustand entweder vom Krankenhaus in ein Pflegeheim überwiesen werden oder in die ambulante Krankenpflege zurückkommen“.

Die Anzahl der pflegenden Angehörigen ist nicht bekannt. Auch gibt es zu diesem Thema keine Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland (Zeugin Hedtke-Becker, P 11/40).

#### b) Lebenssituation der pflegenden Angehörigen

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 6) wird der Hauptanteil zu leistender Hilfs- und Pflegedienste im häuslichen Bereich vom Ehepartner, den Kindern, Geschwistern oder außerhalb lebenden Angehörigen und Verwandten erbracht. Die Familie stellt danach die Hauptsäule der Absicherung älterer Menschen dar.

„Familienpflege“ ist nach Ansicht der Zeugin Hedtke-Becker (P 11/44) ein „falscher Begriff“; denn zu 85–95 Prozent pflegen Frauen alleine. Es handelt sich „sozusagen um eine Frauenproblematik“ (Zeuge Dr. Rieder, P 11/7).

Männer pflegen nach den Bekundungen der Zeugin Hedtke-Becker ihre alten Eltern nur in 1 Prozent der Fälle,

„während die Bereitschaft, die Ehefrau zu pflegen, recht hoch ist, aber nur in den leichteren Fällen bis zu den mittelschweren. Die schweren Fälle werden an die Töchter abgegeben. . . . Männer können sehr gut pflegen. Aufgrund ihres anderen Sozialisationshintergrundes pflegen sie differenzierter und abgelöster. Sie lassen sich nicht so kaputt machen (Anm.: wie die pflegenden Frauen, die sich ‚bis zum Letzten‘ aufopfern)“ (P 11/58).

Die Situation in der häuslichen Pflege ist im wesentlichen gekennzeichnet durch

#### aa) Zunehmende Isolation der pflegenden Angehörigen

mit zunehmender Dauer der Pflege und gleichzeitig abnehmenden Gesundheitszustand der pflegenden Person. „Häufig kommt es zur gefährlichen Pflege, da die schwereren Kranken von den älteren, selber schon mit Problemen belasteten Leuten gepflegt werden“, berichtete die Zeugin Hedtke-Becker (P 11/42 f.) und führte weiter aus:

„Ich stelle sehr häufig in meiner praktischen Arbeit fest, daß ein Pflegefall, die Pflegeperson übergeht in die zu pflegende Person. Oft ist es nicht mehr unterscheidbar.“

#### bb) Die sogenannte „Sandwich-Situation“ pflegender Frauen,

die durch Anforderungen sowohl gegenüber den eigenen Kindern als auch den Eltern belastet sind.

Die Zeugin Hedtke-Becker beschrieb diese Situation wie folgt:

„Sie stehen dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung, weil sie eben ihre Kinder erzogen haben. Dann stehen sie noch nicht zur Verfügung, weil sie eben nicht frei sind. Aber sie stehen auch schon nicht mehr weiterhin zur Verfügung, weil sie sich jetzt schon für die Pflege entschieden haben. Damit fallen eigene Rentenansprüche, die sie noch erwerben könnten, weg. Damit fällt auch eine Zeit weg, in der



sie selbst für sich und ihre Gesundheit noch etwas tun könnten. Damit fällt auch das weg, was wir uns oft unter einem zukünftigen schönen Alter vorstellen“ (P 11/43).

cc) Familiäre Beziehungsprobleme

Geprägt sind die Familien, in denen Pflege geschieht, sehr stark von Beziehungsproblemen: Zwischen den Ehepartnern, zwischen Eltern und Kindern sowie zwischen Eltern und ihren alten Eltern.

Der Zeuge Dr. Rieder (P 11/4) berichtete,

„daß aufgrund der häuslichen Pflegesituation teilweise so starke physische und psychische Belastungen gesetzt werden, daß Ehen auseinanderbrechen oder ein Dauerkrach infolge Dauerstreß im Familienverband obwaltet.“

Im Unterschied hierzu meinte die Zeugin Hedtke-Becker:

„Pflegeprobleme sind Beziehungsprobleme zwischen Pflegenden und Gepflegten. Das ist das, was die Pflege über die Jahre schwer macht“ (P 11/45).

dd) Mangelnde Vorbereitung auf den Pflegefall

Zu deren Ursache erklärte die Zeugin Hedtke-Becker:

„Wir haben Rollenumkehrung (Anm.: in der Pflege) nicht gelernt. Wir sind nicht darauf vorbereitet worden, noch 20 Jahre lang unter Umständen unsere Eltern zu versorgen, die aber wie Kinder sind: Die Tochter wird zur Mutter, und die Mutter wird zum Kind. Und das muß man schaffen, das muß man bewältigen können. Wir haben dafür keine Muster“ (P 11/45).

Weiter warnte sie vor dem „Mythos Familie“:

„Die Großfamilie hat es eben so gar nicht gegeben als pflegende Mehr-Generationen-Familie. Dies glauben aber die Angehörigen und glauben, sie täten etwas, was früher auch getan wurde . . . Erst seit Ende des letzten Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung entscheidend erhöht. Erst seit Ende des letzten Jahrhunderts gibt es eine Zunahme an Drei-Generationen-Familien. Vorher betrug die Zahl dieser Drei-Generationen-Familien 14,3 % – auch eine völlig abstruse und vage Schätzzahl –, aber heute beträgt diese Zahl 3,2 %, wobei nicht die mit eingerechnet werden, die in der Nähe miteinander leben oder im selben Haus. Es hat heute aber eine Vielzahl an Vier- und Fünf-Generationen-Familien. Diese Familien haben, wenn sie als drei Generationen lebten, oft nur ganz wenige Jahre miteinander gelebt. Und wenn der alte Mensch krank und hilfebedürftig wurde, starb er in der Regel an Infektionskrankheiten. Die Lungenentzündung, eine vielgefürchtete Komplikation – nur als Beispiel – dauerte maximal zwei bis drei Wochen. Dann starben diese Leute an dieser Krankheit. Heute ist sie heilbar, seit 1937 übrigens erst, durch Penicillin. Die Pflegezeiten waren erheblich geringer. Es wurden viel weniger Menschen alt, und es gab überhaupt in dem Sinne keine Multimorbidität wie heute.

Wir müssen heute davon ausgehen: 20, 30 Jahre lang ist nicht die Regel, aber nicht mehr die Ausnahme. Und diese Zahlen waren im letzten Jahrhundert noch überhaupt nicht machbar und möglich zu erreichen, auch nicht mit dem Pflegestandard, den Familien heute erreichen trotz aller miesen Dinge: körperlicher, physischer Gewalt, psychischer Gewalt, was da alles abläuft“ (P 11/41).

## ee) Mangelnde Entlastung pflegender Angehöriger infolge

(1) fehlender Rehabilitations-Nachsorgeeinrichtungen für aus dem Krankenhaus Entlassene sowie einer größeren Anzahl von Kurzzeitpflegeplätzen (Zeugin Berner, P 10/47, und Zeuge Graf, P 12/15).

(2) fehlender Angehörigengruppen, in denen Informationen über Hilfsmöglichkeiten ausgetauscht und die mit der Pflege zusammenhängenden seelischen Belastungen aufgearbeitet werden können. In diesem Rahmen können die Pflegenden auch lernen „schonend zu pflegen“ (Zeugin Sperr, P 11/66), das heißt, so zu pflegen, „als ob sie (Anm.: die Pflegenden) noch 10 Jahre pflegen müßten“ (Zeugin Hedtke-Becker, P 11/52).

(3) zu geringer Inanspruchnahme der Sozialstationen, „obwohl jetzt schon die Sozialstationen ausgelastet und überfordert sind“ (Zeugin Hedtke-Becker, P 11/42).

(4) fehlender Informationen der Angehörigen über bereits vorhandene Hilfsangebote.

Die Zeugin Hedtke-Becker (P 11/46) forderte deshalb dezentrale Leitstellen, bei denen sich Angehörige über Angebote auf örtlicher Ebene informieren können (ähnlich Zeuge Graf, P 12/15). Ferner forderte sie die Schaffung eines „family-care-system“ nach dem Vorbild einiger US-Bundesstaaten, dessen wesentlicher Inhalt darin besteht, daß Familien, die einen Pflegefall haben, zugehend betreut werden und ein Beratungspaket angeboten wird, aus dem die Familie auswählen kann (P 11/47).

Insgesamt kann für die häusliche Pflegesituation mit den Worten der Zeugin Hedtke-Becker (P 11/60) festgehalten werden, daß trotz ungünstiger Lebenssituation der pflegenden Angehörigen „die Familie noch nie so viel geleistet hat wie heute“.

## c) Entwicklung der häuslichen Versorgungssituation

Über das Pflegeverhalten der nachwachsenden Bevölkerung können heute noch keine gesicherten Angaben gemacht werden. Aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen und Trends vertragen alle diesbezüglich befragten Zeugen (Michel, P 9/65; Berner, P 10/47; Schleinitz, P 10/143; Dr. Rieder, P 11/3; Hedtke-Becker, P 11/58, sowie Hafner, P 14/130) übereinstimmend die Auffassung, daß die häusliche Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen aus folgenden Gründen im heutigen Umfang nicht gewährleistet werden kann:

## aa) Zunahme der Pflegefälle

Die Anzahl älterer pflegebedürftiger Menschen wird aufgrund der Fortschritte in der Medizin und des sich verändernden Altersaufbaus der Bevölkerung (vgl. Darstellung unter VIII. 2.) zunehmen. Nach Angaben der Zeugin Hedtke-Becker (P 11/49) wird eine Zunahme der Pflegefälle von derzeit zirka 2 Millionen auf etwa 2,4 Millionen im Jahr 2000 und für das Jahr 2030 auf 2,9 Millionen bei insgesamt abnehmender Bevölkerungszahl geschätzt.

## bb) Veränderungen in den Familienstrukturen

Infolge sich verändernder Familienstrukturen stehen immer weniger Menschen zur Pflege bereit. Der Trend hin zu einer zunehmenden Singularisie-

rung (vgl. Darstellung unter VIII. 6.) verstärkt noch weiter die Abnahme der Zahl der Familien aufgrund des demographischen Umbaus der Gesellschaft. Nach Bekundungen der Zeugin Hafner (P 14/130) zeigt sich das Problem jetzt bereits in Ansätzen, indem „unter Umständen bei dieser 1,4-Kinder-Familie zwei Einzelkinder heiraten, die eines Tages vier Hochbetagte zu versorgen haben“.

Bereits heute leben beispielsweise in der Großstadt Stuttgart etwa 50 % der älteren Menschen allein ohne Anlehnung an eine Familie. Das bedeutet, „daß sehr schnell das Angewiesensein auf fremde Hilfe auftreten kann“ (Zeuge Rilling, P 17/130).

Auch führen die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an schulischer und beruflicher Ausbildung und ein sich hinsichtlich der Erwerbstätigkeit von Frauen geändertes Selbstverständnis zu einer ständig wachsenden Zahl berufstätiger Frauen. Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 8) kehren Frauen heute nach einer immer kürzeren Zeitspanne, in der sie sich ausschließlich der Familie widmen, in das Berufsleben zurück. Derzeit sind es jährlich zirka 320 000 Frauen, die nach der „Familienphase“ auf den Arbeitsmarkt zurückkehren. In den kommenden fünf Jahren wird bundesweit mit zirka 2 Millionen Berufsrückkehrerinnen gerechnet.

#### cc) Zunehmende Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung

Die Sozialstationen haben zunehmende Schwierigkeiten das erforderliche Fachpersonal zu finden. Der Zeuge Dr. Rieder (P 11/4) berichtete, von einem tendenziellen Rückgang der Schülerzahlen in den Ausbildungsstätten für Pflegeberufe. Er führte dies darauf zurück, daß Pflege eine wenig attraktive, körperlich schwere und psychisch belastende Arbeit ist. Hinzukommt, daß seinen Angaben zufolge heute nur noch 8 000 bis 9 000 katholische Schwestern in der Pflege tätig sind, während vor Jahren die Schwesternverbände und Orden noch 30 000 bis 40 000 Menschen zur Verfügung gestellt haben.

Wegen der vielfältigen Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung für Sozialstationen wird im übrigen auf die Darstellung unter V. 3. b. aa) verwiesen.

#### dd) Zunehmender Bedarf an pflegeergänzenden Hilfen

Pflegerische Dienste allein reichen zur Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts häufig nicht aus. Verstärkt werden hauswirtschaftliche Dienste, Einkäufe, Hilfe bei der Essenzubereitung und Wäsche notwendig (Zeuge Dr. Rieder, P 11/5).

ee) Als Fazit bleibt mit den Zeugen Schleinitz (P 10/143) und Dr. Rieder (P 11/5) festzuhalten: Der Entwicklung abnehmender Möglichkeiten der häuslichen Pflege älterer Menschen ist in erster Linie durch den Ausbau ambulanter und teilstationärer Pflegeangebote zu begegnen. Dabei ist eine Aufstockung des haupt- und nebenamtlichen Pflegepersonals unabdingbar. Für den hauptamtlichen Bereich muß nach Auffassung des Zeugen Dr. Rieder (a. a. O.) über die Verteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel neu nachgedacht werden. Der Beruf selbst muß attraktiver gemacht werden, wozu eine angemessene Bezahlung und motivierende Arbeitsbedingungen gehören.

Für den ehrenamtlichen Bereich forderte der Zeuge Schleinitz:

„Die Ehrenamtlichen dürfen nicht Menschen zweiter Klasse in ihrem Dienst sein; sie dürfen nicht ausgenützt sein. Ich stelle das immer wieder einmal fest, daß es an den Rand des Ausnützens geht, und das ist gefährlich.“

Ehrenamtliche bringen größtes Interesse für Hilfsbedürftige auf. Darum: die Bereitschaft zum Helfen fördern, die Fähigkeit zum Helfen einüben. Eine Kultur freiwilligen Helfens zu ermöglichen ist die Aufgabe der Zukunft“ (P 10/144).

Auf die Frage nach dem Einsatz ehrenamtlicher Helfer bei der häuslichen Pflege wies die Zeugin Hedtke-Becker auf die mangelnde Fähigkeit Ehrenamtlicher hin zu erkennen,

„daß es hier um ein Konfliktfeld Familie geht. Sie sind oft sehr einseitig auf seiten des Pflegebedürftigen, können aber darin nicht ermes- sen, was täglich zu leisten ist. . . . Und wer jetzt von außen kommt und nicht – ich möchte mal ganz provokativ formulieren – auf seiten der Pflegenden steht, führt nicht zur Entlastung, sondern zur Belastung dieses Systems Familie“ (P 11/54).

Im Hinblick auf die von den pflegenden Frauen geleistete tatsächliche, aber unbezahlte Arbeit forderten die Zeugin Hedtke-Becker (P 11/47) und die Zeugen Schleinitz (P 10/146) sowie Dr. Rieder (P 11/7) die Einführung eines eigenen Rentenanspruchs für unentgeltlich tätige Hauspflegekräfte.

Im teilstationären Bereich gibt es nach den Bekundungen der Zeugin Hedtke-Becker vielfältige Möglichkeiten der familiären Unterstützung. Sie nannte beispielhaft den Ausbau der Heime wie in den Niederlanden mit der gleichzeitigen Möglichkeit für die Familien ihre Angehörigen im Heim mitzubetreuen:

„Dieses abgestufte System würde ermöglichen, daß Kosten erspart werden, und den emotionalen Bedürfnissen von Angehörigen wäre Rechnung getragen; denn die wollen ja pflegen. Die Pflegebereitschaft ist ungeheuer hoch“, hob die Zeugin hervor (P 11/49).

#### d) Situation älterer ausländischer Mitbürger

Die Situation der älteren ausländischen Mitbürger ist vorrangig von deren Entscheidung abhängig, ob sie ihren Ruhestand in der Bundesrepublik verbringen oder in ihre Heimat zurückkehren werden. Gesicherte Aussagen hierzu können derzeit noch nicht gemacht werden. Jedoch zeichnet sich ab, daß die Anzahl der Rückkehrwilligen in erheblichem Maße abnehmen wird:

Nach Angaben des Zeugen Schäfer (P 7/166) kehren die älteren ausländischen Arbeitnehmer in aller Regel nicht mehr in die Heimat zurück. In Stuttgart seien es 1988 nur noch 3 % gewesen. Im wesentlichen hänge dies mit den im Vergleich zu den Heimatländern besseren medizinischen und sozialen Bedingungen in der Bundesrepublik sowie der Einstellung der älteren ausländischen Arbeitnehmer zusammen, diesen „Service“ miterarbeitet zu haben.

Einen weiteren Grund sah der Zeuge Dr. Polimeni (P 7/94) in der langen Abwesenheit von den Heimatländern und der damit verbundenen Entfremdung von der Familie (Entwicklung vom „Ehemann“ bzw. „Vater“ zum „Geldgeber“, P 7/99). Eine Rückkehr im Alter von 60 oder 65 Jahren „ist für sie wie eine neue Emigration“, bei denen es insbesondere Italienern nach durchschnittlich 20 bis 30 Jahren in Deutschland nicht mehr gelingt, in ihrem Heimatland „wieder Fuß zu fassen“.

Veränderungen in der Familienstruktur mit der Folge zunehmenden Bedarfs an externen Pflegehilfen konstatierte der Zeuge Dr. Polimeni:

„Die Familienzusammenhänge waren sehr, sehr stark, aber inzwischen haben sich die Kinder durch das Leben hier in Deutschland . . . an die deutsche Umgebung angepaßt; sie sind integriert. Sie sind nicht mehr bereit, die Eltern zu betreuen, wenn sie pflegebedürftig werden . . . Wer sollte sich um diese alten Leute kümmern?“ (P 7/97).

Dagegen erklärte der Zeuge Michel:

„Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stellt sich dieses Problem in unserem Verband (Anm.: Diakonisches Werk Baden) nicht. Wenn auf die Zukunft hin die Familienbeziehungen der ausländischen Mitbürger, die ja noch sehr intakt sind, ähnlich gut bleiben würden wie jetzt, gäbe es auch da kein Problem“ (P 9/65, im Ergebnis ebenso: Zeugin Berner P 10/49, Zeugen Dr. Rieder, P 11/6, und Graf, P 12/4).

„Wenn sich das ändern sollte, also unseren Verhältnissen angleichen, ist die Frage anders“, räumte der Zeuge (a. a. O.) ein.

Neben sich verändernden Familienstrukturen werden nach Einschätzung des Zeugen Rilling (P 17/134) „gerade die bei ausländischen Mitbürgern fehlenden wohnungsmäßigen Voraussetzungen für die Aufnahme und Pflege von älteren Angehörigen“ einen hohen Bedarf an außerfamiliärer Pflege verursachen:

„Wir haben davon auszugehen, daß viele Ausländer wirtschaftlich gesehen zur Unterschicht gehören, der es trotz hohem Maß an Bereitschaft zur Eigenhilfe besonders schwerfällt, familien- und pflegegerechte Wohnungen anzumieten.“

Zur Lösung des steigenden Pflegebedarfs ausländischer Mitbürger schlug der Zeuge Michel vor,

„daß man junge Ausländer, die in Deutschland geboren sind oder lange hier leben, zur Ausbildung in der Altenpflege gewinnen würde, um dann zielgruppenorientiert die häusliche Pflege sichern zu helfen. Das hielte ich für ein ganz wichtiges Problem, weil die Gebräuche und die Selbstverständlichkeit in den ausländischen Familien anders sind als bei uns, und sie können von eigenen Leuten besser versorgt werden als von uns“ (P 9/65).

## 2. Begriffsbestimmung und rechtliche Rahmenbedingungen

In der Bundesrepublik Deutschland ist das Risiko des Pflegefalls gesetzlich (noch) nicht abgesichert. Das Kernstück der Pflege wird deshalb von der Sozialhilfe entsprechend den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) getragen (P 12/5). Aus verschiedenen Vorschriften des BSHG erschließt sich auch der Begriff „Ambulante Altenhilfe und Altenpflege“, der als solcher gesetzlich nicht geregelt ist.

### a) Sozialhilferecht

Der ambulanten Hilfe und Pflege wird in § 3a BSHG der Vorrang vor stationären Hilfen eingeräumt, indem dem Träger der Sozialhilfe aufgegeben wird, „daß die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gewährt werden kann“.

Gemäß § 22 BSHG werden laufende Leistungen zum Lebensunterhalt außerhalb von Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen nach Regelsätzen gewährt. Die Höhe der Regelsätze hat das Sozialministerium als die für Baden-Württemberg nach § 22 Abs. 3 BSHG zuständige Landesbehörde mit der Verwaltungsvorschrift vom 13. Juni 1988 (GABl. S. 589) festgesetzt. Für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist gemäß § 23 Abs. 1 Nr. 1 BSHG ein Mehrbedarf von 20 v. H. des maßgebenden Regelsatzes anzuerkennen.

Im Rahmen der „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ soll „Altenhilfe“ nach § 75 BSHG, im Einzelfall ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen (Abs. 4), gewährt werden. Diese Altenhilfe „soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“. Maßnahmen der Altenhilfe gemäß § 75 BSHG sind im Leistungskatalog des § 120 BSHG, der die rechtliche Grundlage für die Sozialhilfe für Ausländer darstellt, nicht enthalten. Nach Auffassung des Zeugen Dr. Polimeni wäre „dies jedoch erforderlich, um auch den ausländischen alten Menschen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen“ (P 7/92).

Nach §§ 68 ff. BSHG ist kranken oder behinderten Personen „Hilfe zur Pflege“ zu gewähren:

- Nach § 69 Abs. 2 BSHG haben Pflegebedürftige Anspruch auf Erstattung der angemessenen Aufwendungen, die einer dem Pflegebedürftigen nahestehenden Pflegeperson durch die Pflege entstehen. Außerdem kann der Sozialhilfeträger Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernehmen, wenn die Alterssicherung der Pflegeperson nicht anderweitig (auch nicht durch Versorgungs- oder Rentenansprüche des Ehegatten der Pflegeperson) sichergestellt ist.

Diese Regelung ist nach Auffassung der Landesregierung unbefriedigend, da hiernach die Alterssicherung bereits als sichergestellt angesehen wird, wenn ein Anspruch der Pflegeperson auf Hinterbliebenenrente besteht. Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 10) wird die Landesregierung im Rahmen der Erörterungen zur Strukturreform in der Rentenversicherung (Anm.: Rentenreformgesetz 1992) entsprechende Verbesserungen anregen.

Der Zeuge Michel kündigte bei der Beweisaufnahme am 29. Mai 1989 an, daß das Diakonische Werk in das Gesetzgebungsverfahren die Initiative einbringen wird, „für Pflegezeiten eine der Regelungen für Kindererziehungszeiten vergleichbare Regelung zu schaffen. Die Finanzierung sollte über einen entsprechend erhöhten Bundeszuschuß zur Rentenversicherung erfolgen“ (P 9/68).

- § 69 Abs. 3 BSHG gewährt dem Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Pflegegeld zur Deckung der im Rahmen der Pflege bestehenden Mehraufwendungen. Das Pflegegeld beträgt abgestuft nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit derzeit zwischen 308 DM und 836 DM monatlich. Ein eigener Anspruch der Pflegeperson besteht nicht.

Der Zeuge Graf (P 12/7) beklagte, daß den pflegenden Angehörigen dieser Pflegegeldanspruch nach dem BSHG nur selten bekannt ist. Im Hinblick auf die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug des Pflegegelds kritisierte er (P 12/19) eine „zu große Diskrepanz“ zwischen den maßgeblichen Einkommensgrenzen einerseits und den Vermögensgrenzen andererseits. Seinen Angaben zufolge beträgt die Vermögensgrenze lediglich 9 200 DM (8 000 DM Grundbetrag + 1 200 DM Familienuzuschlag), während Einkommensbezieher mit weit über 3 000 DM pro Monat noch einen Anspruch auf Pflegegeld haben.

Zur Berechnung der Vermögensgrenze erklärte der Zeuge Graf:

„... und ganz paradox wird es – aber das liegt am BSHG und nicht an irgendwelchen anderen Regelungen –, wenn ein Vermögenseinsatz ab 8 000 DM, 9 000 DM verlangt werden muß, und das heißt, er bekommt kein Pflegegeld. Hätte er aber ein Grundstück, ein Einfamilienhaus im Wert von 100 000 DM, 200 000 DM, ja bei uns (Anm.: in Mannheim) schon fast gegen 300 000 DM, wäre es geschützt. Also der, der Barvermögen hat, ist wesentlich schlechtergestellt als der, der Grundvermögen hat. Und das ist eine Diskrepanz, die man einfach nicht wegnehmen kann. Das Grundstück zählt, wenn es eine kleine Eigentumswohnung oder ein kleines Einfami-

lienhaus ist, zu den geschützten Vermögenswerten, und beim Barvermögen muß der Betrag über 8 000 DM, 9 000 DM eingesetzt werden. Das ist also kurios“ (P 12/20).

- Nach § 70 BSHG soll Personen mit eigenem Haushalt Hilfe zur – vorübergehenden – Weiterführung des Haushalts gewährt werden, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung des Haushalts geboten ist.

Personen, die ihre Berufstätigkeit aufgeben, um Angehörige zu pflegen, und somit kein Einkommen beziehen, kann nach dem BSHG „Hilfe zum Lebensunterhalt“ nach den Regelsätzen sowie Mehrbedarfzuschläge für die Kosten der Unterkunft gewährt werden. Ferner können Krankenkassen- und Rentenversicherungsbeiträge sowie Beiträge für private Unfallversicherungen über die Sozialhilfe abgesichert werden (P 12/8).

#### b) Krankenversicherungsschutz

Durch die Übernahme unentgeltlicher Pflege wird ein Krankenversicherungsschutz für die Pflegeperson nicht begründet. Eine Krankenversicherung besteht nur im Fall der Pflege durch den Ehegatten und/oder, wenn diese nach § 10 SGB V familienversichert sind. Im übrigen besteht eine Krankenversicherung nur im Rahmen einer freiwilligen Versicherung oder einer Pflichtversicherung, wenn ein anderes Arbeitsverhältnis begründet ist (Zeuge Michel, P 9/66).

#### c) Unfallversicherungsschutz

Ein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung besteht für Pflegende und insoweit nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehende Haushaltsmitglieder grundsätzlich nicht. Ehrenamtliche Mitarbeiter in der Nachbarschaftshilfe sind gem. § 539 Abs. 2 RVO unfallversichert (Zeuge Michel, P 9/67) oder werden vom Träger der organisierten Nachbarschaftshilfe unfallversichert (Stellungnahme des SM vom 21. Februar 1989, S. 11).

#### d) Arbeitsrechtliche Freistellung zur Pflege naher Angehöriger

§ 50 Abs. 2 BAT in Verbindung mit den Landesregelungen, die im wesentlichen den Regelungen des Landesbeamtengesetzes entsprechen, ermöglicht die Gewährung von Sonderurlaub zum Zweck der Pflege naher Angehöriger. Nach Angaben des Zeugen Michel (P 9/69) hat in diesem Bereich die evangelische Kirche von ihrem Recht zu eigenständiger Arbeitsregelung und Regelung der Dienstverhältnisse ihrer Mitarbeiter Gebrauch gemacht und in § 29 a der „Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes“ einen Anspruch auf Sonderurlaub oder befristete Teilzeitbeschäftigung zur Betreuung und Pflege von nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftigen Angehörigen begründet. Ergänzend wurde geregelt, daß die Unterbrechung der Bewährungszeit durch Inanspruchnahme dieser Möglichkeit unschädlich ist. Das heißt, die bis zur Beurlaubung oder Reduzierung der Arbeitszeit erworbenen Rechte und Anwartschaften, zum Beispiel für den Bewährungsaufstieg, bleiben uneingeschränkt erhalten.

#### e) Steuerrechtliche Entlastung

Aufwendungen bei pflegebedingter Beschäftigung einer Haushaltshilfe oder bei Heimunterbringung konnten bislang im Rahmen des § 33 a Einkommensteuergesetz als allgemeine außergewöhnliche Belastungen bis zu einem Betrag von 1 200 DM jährlich geltend gemacht werden. Seit Inkraft-

treten des Steuerreformgesetzes 1990 (BGBl. 1988, I, S. 1093) kann anstelle der nachzuweisenden Einzelaufwendungen eine Pflegepauschale für unentgeltlich tätige Pflegekräfte von 1 800 DM jährlich, „unabhängig von dem Ort der Pflege, also auch bei häuslicher Pflege“, beantragt werden (Zeuge Michel, P 9/69).

f) Leistungen nach dem Gesundheitsreformgesetz

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (BGBl. 1988, I, S. 2477 ff.) wird erstmals seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch der Versicherten auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit normiert.

Nach den Bestimmungen der §§ 53 ff. SGB V erhalten Schwerpflegebedürftige unter bestimmten Voraussetzungen häusliche Pflegehilfe. Dagegen sind für die stationäre Versorgung Schwerpflegebedürftiger im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes keine Leistungen vorgesehen.

aa) Urlaubspflege nach § 56 SGB V

Seit dem 1. Januar 1989 tragen die Krankenkassen die Kosten für die häusliche Pflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson (§ 56 SGB V). Die Aufwendungen der Krankenkasse sind im Einzelfall auf 1 800 DM je Kalenderjahr begrenzt. Anstelle der häuslichen Krankenpflege können auch die Kosten einer stationären Kurzzeitpflege bis zu der Höhe übernommen werden, die bei häuslicher Pflege entstanden wären.

Dieser Betrag von 1 800 DM entspricht jedoch nicht den tatsächlichen Kosten eines Kurzzeitpflegeplatzes für die Dauer von vier Wochen. Deshalb beklagte der Zeuge Schleinitz:

„Da klafft es um 1 200 DM! Bedenken Sie: Ein Kurzzeitpflegeplatz – und den müßte man ja dann in Anspruch nehmen – kostet für 4 Wochen zirka 3 000 DM. Das ist also ein gewisser Hohn, wenn man nur 1 800 DM kriegt. Was macht man mit den 1 200 DM? Und Urlaub will man ja auch erleben“ (P 10/148).

Probleme bei der Gewährung der Leistungen nach § 56 SGB V sahen die Zeugin Hafner (P 14/133) sowie die Zeugen Schleinitz (P 10/148) und Dr. Reichert (P 17/9) aufgrund der von den Krankenkassen praktizierten restriktiven Auslegung des Begriffs der Schwerpflegebedürftigkeit:

Nach den Bekundungen des Zeugen Schleinitz (a. a. O.) hat die AOK einen Katalog von 15 Kriterien aufgestellt, die kumulativ vor einer Leistungsgewährung erfüllt sein müssen. Nach Aussagen der Zeugin Hafner (a. a. O.) „stehen die Krankenkassen (Anm.: im Landkreis Esslingen) voll auf der Bremse . . ., da im Moment nur gedeckt wird eine hochgradige Pflegebedürftigkeit, die möglicherweise Inkontinenz, Verwirrtheit und Hilfebedürftigkeit praktisch rund um die Uhr bedeutet“. Ihren Angaben zufolge hat die Krankenkasse im Landkreis Esslingen für das Haushaltsjahr 1989 Mittel für 1100 diesbezüglicher Leistungsfälle bereitgestellt. Bis zum Juli 1989 waren lediglich 80 Anträge gestellt und davon 20 befürwortet worden.

Auf die Frage nach dem Grund der restriktiven Leistungsgewährung erklärte sie:

„Mir ist ganz klar, weshalb diese Bremse jetzt, weil das natürlich Nachfolgeforderungen nach sich zieht, spätestens ab 1991 nicht 1 800 DM, sondern 10 000 DM im Jahr.

Ist mir klar. Ich habe nur die Befürchtung, daß ganz viele Familien, die schon seit Jahren von der Pflege belastet sind, unten durchfallen“ (P 14/134).



Mit dem Zeugen Dr. Reichert bleibt festzuhalten:

„Vom Verhalten der Kassen wird es abhängen, in welchem Umfang hier verfahren werden kann“ (P 17/4).

Nach Einschätzung der Zeugen Gnädig (P 17/109) und Jäck (P 18/8) ist der Anspruch auf „Urlaubspflege“ nach § 56 SGB V in erster Linie von stationären Einrichtungen (Kurzzeitpflegeplätze) zu erfüllen. Wegen des damit verbundenen Platzbedarfs wird auf die Ausführungen unter VI. 2.) verwiesen.

Auf die Sozialstationen kam nach den Bekundungen des Zeugen Gnädig nur am Anfang der gesetzlichen Regelung eine Anforderungswelle zu, „weil einfach alle Beteiligten erkannt haben: Eine Sozialstation kann sich eine Rund-um-die-Uhr-Pflege nicht leisten“ (a. a. O.).

#### bb) Häusliche Pflegehilfe nach §§ 55, 57 SGB V

Erst ab 1. Januar 1991 wird häusliche Pflegehilfe, die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat umfaßt, bis zur Höchstgrenze von 750 DM je Kalendermonat gewährt (§ 55 SGB V).

Ebenfalls erst vom 1. Januar 1991 an kann die Krankenkasse Schwerpflegebedürftigen auf Antrag anstelle der häuslichen Pflegehilfe einen Geldbetrag von monatlich 400 DM zahlen, wenn der Schwerpflegebedürftige die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen kann (§ 57 SGB V).

Im Hinblick auf den tatsächlichen – mehrstündigen bis „rund um die Uhr“ – Pflegeaufwand bei Schwerpflegebedürftigen sind die im Gesundheitsreformgesetz nunmehr vorgesehenen 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat „ein Einstieg, aber keine Lösung des Problems“ (Zeuge Michel, P 9/70; ebenso die Zeuginnen Berner, P 10/49, und Hafner, P 14/132, sowie die Zeugen Schleinitz, P 10/149, und Dr. Rieder, P 11/7).

Der Gesetzgeber selbst hat in § 55 Abs. 1 S. 1 SGB V die häusliche Pflegehilfe als eine die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie *e r g ä n z e n d e* Hilfe definiert. Dennoch wird diese Regelung eine spürbare und nicht zu unterschätzende Entlastung für pflegende Angehörige sein (Zeugin Hafner, P 14/132, sowie SM, Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 12).

Vorteile aus der in § 57 SGB V vorgesehenen Geldleistung in Höhe von 400 DM monatlich können nach den Bekundungen des Zeugen Graf (P 12/11) jedoch nur diejenigen erlangen, die keine Ansprüche nach dem Bundessozialhilfegesetz haben. Seinen Angaben zufolge, würden die Sozialämter „diese 400 DM als vorrangige Leistung dagegen aufrechnen“.

### 3. Sozialstationen

Die Mitwirkung der Sozialstationen bei der häuslichen Pflege älterer Menschen richtet sich nach den Richtlinien des Sozialministeriums für die Förderung von Sozialstationen (RL-Sozialstationen) vom 16. Dezember 1982 (GABl. 1983, S. 847 ff.) und den von den Spitzenverbänden für ihre Mitglieder erlassenen verbandsinternen Regelungen.

## a) Aufgaben

## aa) Normative Festlegung

Die Aufgabenbereiche werden durch Satzungen der jeweiligen Sozialstationen festgelegt und entsprechen den in Ziffer 2 der RL-Sozialstationen vorgegebenen Aufgaben. Danach soll die Sozialstation der Bevölkerung eines bestimmten Einzugsbereichs anbieten:

- Krankenpflege,
- Altenpflege,
- Haus- und Familienpflege.
- Beratend soll die Sozialstation im Rahmen ihrer Aufgaben tätig sein in Fragen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsvor- und -nach-sorge sowie durch ein Angebot von Kursen in häuslicher Krankenpflege, um der Bevölkerung die erforderlichen Kenntnisse zur Selbsthilfe zu vermitteln.
- Informieren soll die Sozialstation über Hilfen im sozialen Bereich und Hilfesuchende an die zuständigen Stellen verweisen.

## bb) Tatsächliches Leistungsangebot

Im Land bestehen zur Zeit 377 Sozialstationen, deren Einzugsbereiche flächenmäßig das Gebiet des Landes abdecken.

Auf die Frage nach einem Versorgungsgefälle gab der Zeuge Sixt (P 14/41) an, daß die Nachfrage nach pflegerischen Hilfen in den Städten größer ist als auf dem Land. Im ländlichen Raum ist jedoch aufgrund der Bevölkerungsfuktuation von der Stadt auf das Land ein zunehmend stärkeres Anspruchsdenken zu verzeichnen.

Soweit Unterschiede in der Versorgung durch Sozialstationen bestehen, sind diese nicht durch geographische Faktoren, sondern durch unterschiedliche kommunale Finanzierungsanteile und Hilfeangebote bedingt (Zeuge Gnädig, P 17/102). Das Leistungsangebot der Sozialstationen ist zwar flächen-, nicht jedoch bedarfsdeckend:

## (1) Krankenpflege

Tatsächlich erbringen die Sozialstationen nach den Bekundungen des Zeugen Michel (P 9/87) „eigentlich nur medizinische Leistungen, keine sozialen Leistungen, keine kommunikativen Leistungen und sonst etwas“, da nur Krankenleistungen von den Krankenkassen vergütet werden (so auch Zeugen Sixt, P 14/39; Dr. Richter, P 18/33, und Hörrmann, P 21/136).

## (2) Grund-, Haus- und Familienpflege

Der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung kann derzeit von den Sozialstationen nicht gedeckt werden (Zeugen Sixt, P 14/39; Dr. Richter, P 3/79), obwohl gerade der Bedarf an hauswirtschaftlichen Hilfen stark zunimmt (Zeugin Bielzer, P 19/66).

Eine besondere Lücke in der hauswirtschaftlichen Versorgung von älteren Menschen sah der Zeuge Rilling (P 17/132) darin, daß „es nicht wenige ältere Menschen gibt, bei denen die Versorgung und Pflege nicht nur vorübergehend, sondern über einen unabsehbaren Zeitraum sichergestellt werden müßte“. Nach seinen Bekundungen hat deshalb die Stadt Stuttgart im Jahr 1989 zwölf Stellen für sogenannte ganzheitliche Altenpflege finanziert, wobei sich das Land mit der üblichen Regelförderung (vgl. Darstellung unter V. 3. c. aa) beteiligt. „Diese Fachkräfte sollen an verhältnismäßig wenigen Einsatzstellen bis zu vier Stunden am Tag ganzheitliche Altenpflege leisten, d. h. Krankenpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und psycho-soziale Zuwendung in einer Hand“, erklärte der Zeuge.

### (3) Beratung pflegender Angehöriger

Die Beratung pflegender Angehöriger erfordert neben aktuellem Kenntnisstand über die Angebotspalette auch Verständnis und Einfühlungsvermögen in die Situation der Angehörigen. Nach den Bekundungen des Zeugen Sixt (P 14/44) sind diese Voraussetzungen nur in größeren Sozialstationen bis jetzt vorhanden, in den übrigen nur ansatzweise. Nach Auffassung des Zeugen ist diese Situation auf die „relativ enge Personalausstattung“ der Sozialstationen zurückzuführen. Seiner Einschätzung nach wird eine größere Ausweitung erst dann gelingen, wenn insbesondere die Einsatzleitung in den Sozialstationen von der eigentlichen Pflege freigestellt werden kann, um sie auch für solche Aufgaben einsetzen zu können.

Dagegen bekundete der Zeuge Gnädig (P 17/111), daß zur Zeit eine Beratung bezüglich der Pflorgetechniken noch ausreichend gewährleistet ist. „Gravierende Mängel“ sah der Zeuge (a. a. O.) „bei der psycho-sozialen Begleitung des Personenkreises, insbesondere solcher Angehöriger, die verwirrte alte Menschen pflegen müssen“.

Probleme bei der Beratung pflegender Angehöriger bestehen nach Auffassung der Zeugin Metzger vor allem infolge Zeitmangels der Pflegekräfte:

„Fachlich sind Schwestern und Pfleger auf jeden Fall grundsätzlich in der Lage zu beraten . . . Es ist möglich, den Angehörigen zu zeigen, was man machen kann. Aber oft bleibt keine Möglichkeit, das zusammen zu üben – was ja im Anleiten eine wichtige Rolle spielt – oder auch zu kontrollieren, ob ein Angehöriger auch richtig steht, wenn er seinen Vater, seine Mutter oder seinen Angehörigen richtig hebt. Das hat nachher Konsequenzen, einfach für die Rückenschmerzen. Da würde ich sagen, daß noch Mängel bestehen, die mit der Zeit zusammenhängen“ (P 18/55).

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 55) ist die Verbesserung der persönlichen Beratung pflegender Angehöriger auch Ziel der derzeitigen Überlegungen der Landesregierung für eine Weiterentwicklung der Sozialstationen.

### (4) Kurse in häuslicher Krankenpflege

In Krankenpflegekursen vermitteln die Sozialstationen interessierten Bürgern bereits im Vorfeld einer eventuellen häuslichen Pflege einschlägige Grundkenntnisse.

Nach Angaben der Zeugin Bielzer (P 19/70) bieten alle Sozialstationen des Caritasverbandes für Württemberg Kurse in häuslicher Krankenpflege an. Diese Kurse, gehen über zehn Abende oder zehn Nachmittage und haben ein festes Kursprogramm. Als Spitzenverband bildet der Caritasverband Pflegemitarbeiter fort als Multiplikatoren, damit sie im Einzugsbereich von Sozialstationen solche Kurse halten können.

Zu den Kursangeboten des Diakonischen Werkes der Ev. Landeskirche Baden bekundete der Zeuge Jäck:

„Kurse in häuslicher Krankenpflege zur Vermittlung von Kenntnissen mit praktischer Anleitung in häuslicher Kranken- und versorgender Gesundheitspflege werden von den Sozialstationen in der Regel einmal jährlich mit zwölf Doppelstunden bei uns angeboten. Vielfach wird vor Ort der Wunsch nach einem Angebot zum Austausch und zur Hilfe für pflegende Angehörige laut. Das können wir teilweise sektoral anbieten.“

Die Mitarbeiter in der Sozialstation sehen die Aufgabe des Aufbaus von Sozialhilfegruppen für pflegende Angehörige als vordringlich und sehr notwendig an, können aber sowohl aus fachlichen und auch aus personellen Überlegungen dieses Angebot bisher nur punktuell machen“ (P 18/9).

Die Schwierigkeit, ausreichende Pflegekurse und Gesprächskreise für pflegende Angehörige anzubieten, sah der Zeuge Gnädig (P 17/112) darin begründet, daß diese Arbeitsgebiete bei der Personalbemessung nicht berücksichtigt und deshalb „oft nur zusätzlich in Form von Überstunden gemacht werden können“.

Der Zeuge Roos (P 17/58) berichtete, daß das Diakonische Werk der Ev. Landeskirche Württemberg auf eine Erweiterung des Kursangebotes für häusliche Krankenpflege hinarbeitet, „weil es sehr wichtig ist, daß auch der Familienangehörige in der Pflege instruiert ist, sonst klappt auch die Pflege der Sozialstationen nicht“.

Nach den Bekundungen der Zeugin Hirrlinger hat die Nachfrage nach Kursen für pflegende Angehörige nachgelassen, „da die pflegenden Angehörigen am Abend keine Zeit und Kraft mehr haben, um den Kurs zu besuchen“ (P 17/155).

#### (5) Angebote für ausländische Mitbürger

Ausländische Mitbürger erhalten grundsätzlich von den Sozialstationen gleiche Hilfeangebote wie deutsche Staatsangehörige. Tatsächlich werden die Leistungen der Sozialstationen allenfalls in geringem Umfang in Anspruch genommen. Dies ist im wesentlichen auf folgende Gründe zurückzuführen:

- Ausländer artikulieren ihre Bedürfnisse deshalb noch nicht, weil sie weitestgehend im Familienverbund betreut werden (Zeugen Schleinitz, P 10/146, und Michel, P 9/65);
- günstigere Alterspyramide (Zeuge Gnädig, P 17/103);
- in den Herkunftsländern sind Sozialstationen nicht bekannt (Zeuge Gnädig, a. a. O.).

Der Zeuge Jäck (P 18/5) wies darauf hin, daß die Pflege ausländischer Mitbürger aufgrund kultureller und sprachlicher Besonderheiten zeitintensiver ist.

Im Hinblick auf die kulturellen Besonderheiten ausländischer Mitbürger werden den Mitarbeitern der Sozialstationen spezielle Fortbildungsangebote mit dem Ziel unterbreitet, Verständnis und Einfühlungsvermögen in fremde Kulturen sowie die dadurch bedingten Verhaltensweisen zu bekommen (Zeugin Bielzer, P 19/68, sowie die Zeugen Dr. Rieder, P 11/6, und Roos, P 17/55).

#### (6) Auswirkungen des GRG auf den Versorgungsbedarf

Die Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) auf die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen und nach hauswirtschaftlicher Versorgung können nicht zuverlässig vorausgesagt werden, weil nicht bekannt ist, wieviele schwerpflegebedürftige Menschen, die derzeit von Angehörigen voll versorgt werden, nach Inkrafttreten (teilweise erst ab 1. Januar 1991) der Vorschriften über die bessere Finanzierung der häuslichen Pflege (§§ 53 ff. SGB V; vgl. hierzu die Darstellung unter V. 2. f) Leistungen der Sozialstationen in Anspruch nehmen werden. Allgemein wird jedoch davon ausgegangen, daß die Verbesserung der Finanzierung der häuslichen Pflege sich insgesamt nachfragesteigernd bei den Sozialstationen auswirken wird.

Nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 54) werden die Sozialstationen im Lande durch den derzeit vorgesehenen personellen Ausbau um 780 zusätzliche Pflegekräfte bis 1990 bei Inkrafttreten der Vorschriften des GRG durchweg eine Personalausstattung aufweisen, die zu gegebener Zeit eine zeitnahe Personalanpassung an die gegebenenfalls steigende Nachfrage ermöglicht. Die Landesregierung geht auch davon aus, daß die Träger durch notwendige Neueinstellungen nicht mit zu-

sätzlichen Kosten belastet werden, da für die Tätigkeit der noch eventuell erforderlichen zusätzlichen Mitarbeiter von den Krankenkassen kostendeckende Entgelte erhoben werden können (vgl. hierzu die Darstellung unter V. 3. c. cc).

Im Unterschied hierzu rechneten die Zeugin Bielzer (P 19/69) sowie der Zeuge Roos (P 17/57) damit, daß der zusätzliche Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung mit dem momentanen Personal der Sozialstationen nicht abgedeckt werden kann.

Bei der Beweisaufnahme am 18. Oktober 1989 wies der Zeuge Gnädig (P 17/110) darauf hin, daß nach Beobachtungen des Caritasverbandes für die Erzdiözese Freiburg die gesetzliche Leistung der hauswirtschaftlichen Versorgung bislang bei den Ärzten „kaum bekannt ist“.

## b) Ausstattung

### aa) Personell

#### (1) Anhaltszahlen der „RL-Sozialstationen“

Nach Ziffer 6 der RL-Sozialstationen umfaßt die personelle Mindestausstattung der Sozialstationen vier hauptamtliche Pflegekräfte. Hiervon sollen mindestens zwei, wenn möglich drei Kräfte Krankenschwestern/-pfleger sein. Die anderen Kräfte können sonstige Personen mit sozialpflegerischer und pflegerischer Ausbildung sein, wie Haus- und Familienpflegerinnen, Dorfhelferinnen und ähnliche. Der Personalbestand muß mindestens an sechs Monaten des Jahres vier Vollzeitkräften, ausnahmsweise auch drei Vollzeitkräften entsprechen.

Die Regierungspräsidien können in begründeten Einzelfällen eine abweichende personelle Ausstattung einer Sozialstation zulassen. Nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 52) „müssen die Regelungen in den Förderrichtlinien über die dazu notwendige Ausstattung der Sozialstationen auf das unumgängliche Mindestmaß beschränkt bleiben, um den Trägern der Sozialstationen möglichst flexible Lösungen zu ermöglichen“.

#### (2) Tatsächliche Ausstattung

Die in den RL-Sozialstationen enthaltenen Richtzahlen sind faktisch überholt:

Nach den Bekundungen des Zeugen Hörrmann (P 4/75; ebenso: Zeugin Metzger, P 18/52) hat das Land bis zum Jahr 1988 sechs Fachkräfte je Sozialstation bezuschußt und nunmehr seine Planung auf die Soll-Besetzung von acht Fachkräften plus einer Einsatzleitung für jede Sozialstation eingestellt.

Die derzeitige personelle Ausstattung der einzelnen Sozialstationen mit fachlich qualifizierten Mitarbeitern schwankt derzeit je nach Bevölkerungsdichte zwischen fünf und sechzehn Mitarbeitern (Zeugin Bielzer, P 19/67) je Einzugsbereich einer Sozialstation mit 20 000 Einwohnern, wobei der Landesdurchschnitt bei acht Mitarbeitern liegt.

Die Unterschiede in der tatsächlichen Personalausstattung sieht die Landesregierung (vgl. Drucksache 10/660 – VI. Nr. 1) zum großen Teil in der örtlich sehr unterschiedlichen Bedarfssituation begründet, der die Landesregierung durch eine flexible Personalbewilligung Rechnung trägt (Zeuge Jäck, P 18/5, und Zeugin Bielzer, P 19/67). So ist der Personalbedarf der Sozialstationen im ländlichen Raum durch weite Anfahrtswege und in Kurorten – etwa durch die zunehmende Anzahl von Altersruhesitzen – größer als in Gebieten mit durchschnittlicher Besiedelung und Bevölkerungsstruktur. In industriellen Ballungsgebieten, wie etwa im mittleren

Neckarraum ist die Bevölkerungsstruktur teilweise so günstig, daß die Sozialstationen eine weit unterdurchschnittliche Personalausstattung aufweisen.

### (3) Künftige Personalausstattung

Die Beweisaufnahme am 18. und 19. Oktober 1989 ergab, daß die Personalbemessung von den Trägern der Sozialstationen als unzureichend betrachtet wird:

Nach Angaben des Zeugen Roos (P 17/58) strebt das Diakonische Werk der Ev. Landeskirche Württemberg den Ausbau der durchschnittlichen Sozialstation auf 14–16 Pflegepersonen einschließlich der Pflegedienstleitung für die Krankenpflege und der Einsatzleitung für Nachbarschaftshilfe und Hauspflege an. Mit dieser Personalbemessung sollen dann auch die Beratung pflegender Angehöriger, Kurse häuslicher Krankenpflege, Aufbau und Begleitung von Helfergruppen sowie die Gesundheitserziehung gewährleistet werden können (ähnlich: Zeugen Gnädig, P 17/117, und Rilling, P 17/133).

Bei einer maximalen Besetzung mit vierzehn bis sechzehn Mitarbeitern einschließlich der Leitungskräfte ist nach Einschätzung der Zeugin Bielzer (P 19/77) sowie des Zeugen Roos (P 17/58) die obere Grenze der Leistungsfähigkeit einer Sozialstation erreicht.

Für die zukünftige Personalbemessung reicht nach allgemeiner Auffassung das Bedarfskriterium ‚Einzugsbereich‘ nicht mehr aus. Maßgebliche Kriterien müßten stärker als bisher die soziale Infrastruktur sowie die Altersstruktur der Bevölkerung, die Anzahl der Schwerstpflegefälle, der MS-Kranken, der Behinderten, weitere Hilfsangebote, Ärztedichte, aber auch der Anteil einer Sozialstation bei der Ausbildung des Pflegepersonals sein (Zeugen Hörrmann, P 4/76; Jäck P 18/5, und Zeugin Metzger, P 18/52).

### (4) Probleme der Personalgewinnung

Während nach Einschätzung des Zeugen Jocham „in der derzeitigen Situation nicht genügend Personal gefunden werden kann“ (P 18/86), sagte der Zeuge Hörrmann hierzu:

„Zunächst haben wir im Bereich der ambulanten Pflege bei Sozialstationen noch keinen Notstand. Das hängt aber auch damit zusammen, daß wir aus der Notsituation in den Krankenhäusern profitieren. Wir haben in den letzten Jahren, auch im vergangenen Jahr, relativ viele neue Mitarbeiter bekommen, die aus dem Krankenhaus davongelaufen sind. Das ist etwas, was einen freut im Blick auf die eigene Besetzung, aber andererseits natürlich das Gesamtproblem (ähnlich: Zeuge Schleinitz, P 10/155) zeigt . . . Nur für das Krankenhaus ist das eben keine Lösung. Ich glaube, das gilt für alle, für den ganzen Bereich der pflegerischen Berufe. Wir werden nur dann einigermaßen dieses Problem lösen können, wenn die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter stimmen, sowohl bei Sozialstationen als auch bei Krankenhäusern, und wenn der Pflegeberuf insgesamt zu einem auch gesellschaftlich sehr hoch gewerteten Beruf wird“ (P 21/138).

In besonderem Maße existieren Engpässe bei der Mitarbeitergewinnung in den Grenzbezirken zur Schweiz aufgrund eines Vergütungsgefälles bis zu 400 Sfr monatlich (Zeuge Jäck, P 18/4). Die deutlich bessere Bezahlung der Sozialberufe in der Schweiz führte der Zeuge Gnädig (P 17/122) im wesentlichen auf das dort bestehende höhere gesellschaftliche Ansehen der Berufsgruppe zurück.

Die Situation in Deutschland ist derzeit in erster Linie durch eine erhebliche psychische Belastung für das Krankenpflegepersonal gekennzeichnet, die dazu führt, daß die Schwestern im Durchschnitt nach vier bis fünf Jahren aus dem Beruf gehen.

## (5) Geringe Attraktivität der Arbeitsbedingungen

Die Zeugin Metzger beschrieb die seelische Situation der Schwestern wie folgt:

„Das sind junge Schwestern, die von der Belastung her noch unheimlich viel mehr kämpfen müssen. Wie kann ich damit umgehen, wenn ich weiß, da ist eine Schülerin, die jetzt zum ersten Mal jemand sterben sieht, und ich weiß, ich kann mich jetzt nicht mit ihr auseinandersetzen, was für dieses junge Mädchen sterben heißt. Und mit dem gehe ich heim. So passiert das tagein, tagaus. Was macht eine junge Schülerin, wenn sie in der Gemeinde ihre Ausbildung macht und zum ersten Mal in einer Familie ist, wo jemand unerwartet stirbt? Das packt die ja nicht, zu Recht nicht. Dann verstehe ich, wenn die sagen: Gut, ich mache jetzt die Ausbildung und habe dann einen guten Beruf, aber dann mache ich etwas anderes. Es ist ja auch wirklich so: Diese zeitliche Komponente ist so, daß ich sage: Irgendwann einmal schaffe ich das nicht mehr. Dann muß ich für mich einen Mechanismus finden, daß mich das nicht mehr betrifft, und dann schaffe ich noch, dann mache ich 15 Hausbesuche, gehe hinein, schnaufe tief, verabreiche die Spritze oder bette jemand oder wasche jemand, sage dem Angehörigen, ja, er habe es schwer, gehe hinaus, schnaufe tief und denke, hoffentlich ist der Vormittag bald herum“ (P 18/69).

Erschwerend kommt für das Personal der Sozialstation hinzu, daß es im Unterschied zum Krankenhaus in der Pflege auf die Angehörigen angewiesen ist, die ihrerseits bei den Schwestern ihre Sorgen abladen.

Die Zeugin Metzger führte hierzu beispielhaft an:

„Das heißt, die Schwester muß aus jedem Haus mitnehmen: ‚Ich halte es nicht mehr aus‘, ‚ich kann nicht in Urlaub gehen‘, ‚der Angehörige macht mich noch wahnsinnig‘, ‚ich bin immer alleine‘, ‚mein Rücken tut mir weh‘ und ‚ich kann diesen Uringestank nicht mehr riechen‘. Und mit dem Ballast geht die Schwester dann weiter und macht so etwa 15 bis 20 Hausbesuche am Vormittag“ (P 18/58).

Die Zeugin beklagte, daß „es eine Fachberatung für Gemeindepflege im Moment nur im Ansatz (Anm.: auf Landesebene) gibt“, „die Supervision für Pflegepersonal nicht finanziert wird“ und jede Krankenschwester selbst zurechtkommen muß:

„... Für den Kindergarten ist es ganz normal, daß die eine Fachberatung haben. . . . Also ich war als Pflegedienstleitung oft sehr allein. Da ist eben die Frage: Wer pflegt das Pflegepersonal? Die gehören ein Stück weit auch gepflegt“ (P 18/61).

Auf die Frage nach Maßnahmen der Mitarbeiterpflege bekundete die Zeugin Bielzer (P 19/81), daß der Caritasverband für Württemberg regelmäßige ein- und mehrtägige Treffen von Krankenschwestern zur Fortbildung und zum Erfahrungsaustausch anbietet. Auch habe der Caritasverband sowohl für Familienpflegerinnen als auch für Krankenschwestern inzwischen ein Modell entwickelt, um über eine qualifizierte Praxisberatung „die Mitarbeiter in ihren Belastungen aufzufangen und zu stärken. Das ist halt manchmal auch schwierig, weil die Mitarbeiter selber oft bis an den Rand vom Einsatz her gefordert sind“, räumte die Zeugin ein.

Neben den psychischen Belastungen hängt die geringe Attraktivität der Arbeitsbedingungen auch mit dem Berufsbild als ärztlicher Assistenzberuf zusammen.

Hierzu zeichnete die Zeugin Metzger folgendes Bild:

„Im Prinzip tut man nur das, was der Arzt sagt. Man muß lernen, genauso zu denken wie der Arzt, weil es ja sein kann, daß der Arzt einmal etwas vergißt, oder eben auch in manchen Bereichen hat ein Arzt weniger Erfahrung. Das muß man auch so sehen. Deshalb müssen wir praktisch das genauso wissen, aber Entscheidungsfreiheit haben wir

im Prinzip ja auch keine. Und wir müssen uns einiges von den Ärzten gefallen lassen. Das muß man auch so sehen, daß ich, wenn ich einen Arzt nachts anrufe, daß er um 4 Uhr nachts, weil das eben so verordnet ist, ein Antibiotikum, eine Infusion anhängen soll, und er weiß ganz genau, im Prinzip ist das nur ein Handgriff, den ich selber ja auch machen kann. Und wenn jemand Antibiotika bekommen hat, dann verträgt er das in der Regel. Passiert da aber jetzt etwas, und ich hänge das an in der Nacht, bin ich ja dran, weil ich ja das nicht darf. Aber ich muß mir zuerst den Ruffel vom Doktor gefallen lassen, der sagt: Nachts um 4 brauchen Sie mich doch nicht anrufen, weil Sie das dann anhängen sollen“ (P 18/71).

Auf Nachfrage berichtete die Zeugin Metzger:

„In Gärtringen habe ich mit einem Arzt so gute Erfahrungen gemacht, daß er sogar gesagt hat: Ich schreibe es erst auf, wenn Sie das sagen, weil Sie mehr Erfahrung haben. Wenn mir das einmal ein Arzt zugesteht, dann muß ich sagen, tut mir das einfach auch gut. Aber wenn ich mich immer verteidigen muß und sagen muß: Herr Doktor, schreiben Sie bitte das auf. Und dann schreibt er gerade etwas anderes auf. Das nervt dann natürlich auch“ (P 18/72).

#### bb) Räumlich und sächlich

Die räumliche und sächliche Ausstattung wird von den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege in aller Regel inhaltlich begleitet und unterstützt (Zeuge Jäck, P 18/6). Der deutsche Caritasverband hat hierzu Empfehlungen herausgegeben, die nach den Bekundungen des Zeugen Gnädig (P 17/104) inzwischen „dringend überholungsbedürftig“ sind.

Nach den Bekundungen der Zeugin Metzger (P 18/51) ist die sächliche Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln „meistens relativ gut“. Ihren Angaben zufolge „wird sehr propagiert, daß man mit Hilfsmitteln großzügig umgeht und überall ein Hebegerät hintut, wo das eingesetzt werden kann. Aber wenn man sich die Wohnungen anguckt, dann geht es einfach nicht. Die kann man gar nirgends hinstellen und von wegen damit auch noch umgehen“ (P 18/58).

#### c) Finanzierung

Die Finanzierung der Sozialstationen, deren jährliches Haushaltsvolumen im Durchschnitt 600 000 bis 800 000 DM beträgt (Zeuge Roos, P 17/57), erfolgt landesweit betrachtet zu rund 40 % durch Zuschüsse des Landes und der Kommunen, weiteren 30 % durch abrechenbare Leistungen der Krankenversicherungen und zirka 30 % durch Eigenmittel der Träger.

#### aa) Landesförderung

Das Land Baden-Württemberg gewährt für die Arbeit der Sozialstationen nach Maßgabe des Staatshaushaltsplans und bei Vorliegen der in den ‚RL-Sozialstationen‘ festgelegten Fördervoraussetzungen Zuschüsse zu den ungedeckten Personalkosten. Die Zuschußgewährung setzt voraus, daß die Sozialstation bei ihrer Gründung ein staatliches Anerkennungsverfahren (vgl. Nr. 8 der RL-Sozialstationen) durchlaufen hat. Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens prüfen die hierfür zuständigen Regierungspräsidien unter anderem, ob die Voraussetzungen hinsichtlich der Aufgaben, der personellen Mindestausstattung und des Einzugsbereichs erfüllt sind.

Nach der Anerkennung unterliegen die Sozialstationen der Fachaufsicht des in Betracht kommenden Spitzenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege.



ge, die hierfür besondere Referate eingerichtet haben. Staatlicherseits wird die Qualifikation des Pflegepersonals durch die den Trägern der Sozialstationen auferlegte Verpflichtung überwacht, den Nachweisen über die ordnungsgemäße Verwendung der Landesmittel die jeweiligen Ausbildungs- bzw. Examensnachweise des geförderten Pflegepersonals beizufügen.

Die zweckentsprechende Verwendung der Landeszuschüsse wird entsprechend den zu § 44 LHO ergangenen Verwaltungsvorschriften überwacht. Wegen der Durchführung im einzelnen wird auf die als Anlage I beigefügte Stellungnahme des SM vom 26. Oktober 1988 (S. 36 ff.) verwiesen. Daneben wird die Wirtschaftlichkeit und die Verwendung von staatlichen Fördermitteln von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, die über eigene Prüfungseinrichtungen verfügen, selbst kontrolliert.

Die Zuschußhöhe beträgt seit 1981 8 300 DM p. a. pro hauptamtliche Fachkraft und 4 150 DM p.a. für Berufspraktikanten und für Mitarbeiter ohne abgeschlossene Fachausbildung, die jedoch bereits bei der Aufnahme der Arbeit der Sozialstationen in der häuslichen Krankenpflege tätig waren (vgl. Ziffern 7.4.1 der RL-Sozialstationen). Die Bewilligung von Landesmitteln erfolgt flexibel entsprechend einer „bedarfsgerechten Versorgung“ (Zeuge Jäck, P 18/5, und Zeugin Bielzer, P 19/66). Auch werden in enger Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene Prioritätenlisten erstellt, um zu gewährleisten, daß zusätzliche Förderstellen den antragstellenden Sozialstationen zugute kommen, deren Personalbedarf am größten ist. Die Regierungspräsidien legen ihren Entscheidungen über die Anerkennung zusätzlicher Personalstellen bei den Sozialstationen diese Prioritätenlisten zugrunde.

Die Zeugen Hörrmann (P 4/76), Sixt (P 14/43), Roos (P 17/56), Gnädig (P 17/105), Jäck (P 18/6), Dr. Richter (P 18/42) sowie Oswald (P 21/52) kritisierten, daß der Landeszuschuß den erheblich gestiegenen Personalkosten nicht angepaßt worden ist:

Nach Hochrechnungen des Diakonischen Werkes der Ev. Landeskirche Baden müßte der Landeszuschuß effektiv bei 15 728 DM liegen, wobei der neue Vergütungstarif zum 1. August 1989 noch nicht berücksichtigt ist (Zeuge Jäck, P 18/6).

Zur mittelfristigen Aufrechterhaltung der Finanzierung der Sozialstationen forderte der Zeuge Sixt (P 14/50) für die kommunalen Spitzenverbände, den Zuschußbetrag von 8 300 DM auf einen aktuellen Stand anzuheben und künftig automatisch der Kostensteigerung anzupassen. Auch müßten im Hinblick auf die weiteren Aufgaben, die auf die Sozialstationen zukommen werden, entsprechende Landesmittel für zusätzliche Personalstellen zur Verfügung gestellt werden.

Bei der Aufstellung des Staatshaushaltsplans 1989/90 hat die Landesregierung den von den Trägern der Sozialstationen bis zum Jahr 1990 gemeldeten Bedarf von zusätzlich 780 Fachpflegekräften in vollem Umfang Rechnung getragen (Stellungnahmen des SM vom 17. Januar 1989, S. 29, und vom 6. Juni 1989, S. 9).

Die Zeugin Bielzer (P 19/74) räumte bei der Beweisaufnahme am 17. November 1989 ein, daß die Trägerverbände der Sozialstationen sich zugunsten einer Stellenerweiterung damit einverstanden erklärt hatten, daß zunächst der Förderbetrag für die einzelne Kraft bei 8 300 DM verbleibt, weil die Notwendigkeit gesehen wurde, weitere Stellen zu schaffen, um der Nachfrage nachzukommen.

Allerdings war sie überzeugt, daß „es sicher bei dieser Höhe des Betrags von 8 300 DM nicht bleiben kann“. Auch wird der Bedarf und die Forderung an das Land im Titel „Fort- und Weiterbildung der Pflegemitarbeiter in der Altenhilfe“ (zum Umfang der Landesförderung: vgl. unter V. 4. b. aa) steigen, da nach der Konzeption der Ligaverbände (P 19/75) insbesondere in der geronto-psychiatrischen Versorgung die Pflegekräfte

auch befähigt werden sollen, die Pflege Krebskranker oder die Pflege Aidskranker übernehmen zu können.

Auf die Frage, ob der Landeszuschuß in Höhe von 8 300 DM ausreicht, um neue Stellen bei den Sozialstationen zu schaffen, wies der Zeuge Hörrmann bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990 auf den Zusammenhang von kostendeckenden Leistungsentgelten (vgl. hierzu V. 3. c. cc) durch die Krankenkassen und dem Umfang der Landesförderung hin:

„Wenn es nicht gelingt, in diesem und im kommenden Jahr mit den Kassen wirklich auf die Kostendeckung zuzugehen, werden wir nicht mehr in der Lage sein, mit einer Landesförderung von 8 300 DM neue Stellen zu errichten. Das ist mir ganz klar. Deshalb hängen die beiden Dinge so beisammen. Eine endgültige Bewertung der Höhe 8 300 DM kann meiner Meinung nach erst vorgenommen werden, wenn wir im Lauf dieses ersten halben Jahres wissen, was die Kassen bereit sind, hier für ihre gesetzlichen Leistungen, die durch Sozialstationen erbracht werden, zu bezahlen“ (P 21/133).

Für den Fall, daß die Krankenkassen nicht bereit wären, kostendeckende Entgelte zu bezahlen, kündigte der Zeuge Hörrmann an:

„Dann wird die politische Forderung von seiten der Liga kommen, diesen Betrag von 8 300 DM zu erhöhen. Dann wird man aber natürlich auch mit den Kommunen reden müssen. Dann müssen die öffentlichen Subventionen erhöht werden. Der Eigenanteil, den wir jetzt schon zahlen ist nicht mehr erhöhbar“ (P 21/135).

Nach Auffassung des Caritasverbandes für die Diözese Freiburg ist „nicht nur eine Erhöhung der Förderung notwendig, sondern auch eine Umstrukturierung, also nicht mehr eine reine Orientierung an den Fachpflegekräften, sondern zukünftig muß es darum gehen, einen Grundapparat für die Sozialstationen finanziell abzusichern seitens des Landes wie auch seitens der Kommunen“, erklärte der Zeuge Gnädig (P 17/105; im Ergebnis ebenso: Zeuge Oswald, P 21/54).

Ein erster Schritt in diese Richtung ist die seit 1989 eingeführte Landesförderung der hauptamtlichen Einsatzleitung in den Nachbarschaftshilfsdiensten. Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 58) sind hierfür in den Haushaltsansätzen des Staatshaushaltsplans 1989/90 jeweils eine Million DM vorgesehen.

Raum- und Sachausstattung werden seitens des Landes jedenfalls nicht direkt gefördert. Eine Förderung findet nur dann statt, wenn man entsprechend der Interpretation des Sozialministeriums die „finanzielle Beteiligung des Landes als pauschale Abmangelbeteiligung versteht, die sich an der Anzahl der Fachpflegekräfte orientiert“ (Zeuge Gnädig, P 17/104, 106).

#### bb) Kommunale Förderung

Landkreise, Städte und Gemeinden beteiligen sich in der Regel an den Aufwendungen der Sozialstationen. Die Bemessungsgrundlagen für die kommunalen Zuschüsse weichen jedoch uneinheitlich von der Bemessungsgrundlage für den Landeszuschuß ab. Es gibt drei Systeme der Mitförderung durch die Kommunen:

- Orientierung am Landeszuschuß, wobei oft die Hälfte des statischen Landeszuschusses bezahlt wird.
- Prozentuale Beteiligung am Defizit der Sozialstationen, wobei der Prozentsatz zwischen 40 und 85 % des Abmangels schwankt (Zeuge Dr. Richter, P 18/35). Im Unterschied zur Landesförderung bezieht sich diese Abmangelfinanzierung auf den ganzen Aufwand der Sozialstationen und nicht nur auf die Personalkosten.

- Zuschußsatz nach der Einwohnerzahl des Einzugsbereichs, dessen Bandbreite von 1,20 bis 8 DM pro Einwohner reicht (Zeugen Gnädig, P 17/106, und Jäck, P 18/6).

Nach Angaben des Zeugen Rilling (P 17/138) beträgt der reguläre Finanzierungsanteil der Stadt Stuttgart derzeit rund 25 %. Für den Personaleinsatz im Rahmen ganzheitlicher Altenpflege ist es trotz hoher Kostenbeiträge der Leistungsempfänger notwendig, bis zu 50 % seitens der Stadt Stuttgart zu übernehmen. Bei Modellprojekten liegt dieser Finanzierungsanteil sogar bei bis zu 80 %.

In Zukunft sollte nach Auffassung des Zeugen Jäck (P 18/6) mit den Kommunen eine Beteiligung auf der Grundlage des jährlichen Defizits angestrebt werden.

Demgegenüber erklärte der Zeuge Sixt bei der Beweisaufnahme am 1. September 1989:

„Die finanzielle Situation wird im Moment durch die Kommunen aufgefangen. Nun wollen und können die Kommunen hier auf die Dauer natürlich nicht immer höhere Kosten auffangen“ (P 14/52).

Der Zeuge Gnädig lehnte eine volle Kommunalisierung der Förderung von Sozialstationen ab, da „das zu extremen Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten führen würde“ (P 17/107).

#### cc) Leistungsentgelte

##### (1) der Krankenkassen

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben in Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten *V e r e i n b a r u n g e n* mit den Trägern von Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege abgeschlossen. Von der gesetzlichen Aufgabenstellung der Krankenkassen her beziehen sich die Verträge auf die Erbringung *m e d i z i n i s c h e r* Leistungen und nicht auf die Durchführung der Altenhilfe und Altenpflege. Bestimmte Leistungen werden jedoch vorwiegend von Älteren in Anspruch genommen und haben so auch Auswirkungen auf Einrichtungen und Träger der Altenhilfe und Altenpflege. In erster Linie gilt dies für die

- Rahmenvereinbarung nach § 376 b Satz 2 RVO vom 20. März 1980, wonach die Leistungsträger den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Leistungsverpflichtung aus § 185 b Abs. 1 RVO (ab 1. Januar 1989: § 38 SGB V in der Fassung vom 29. November 1988, BGBl. I, S. 2477 ff.) im Rahmen ihrer Möglichkeiten Ersatzkräfte für die Haushaltshilfe zur Verfügung stellen

sowie die

- Vereinbarung vom 8. Februar 1977, wonach für die im häuslichen Bereich erbrachten medizinischen Dienstleistungen durch Krankenpflegepersonen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege die Krankenkassen eine (jährlich auszuhandelnde) Gebühr bezahlen, sofern die Dienstleistung an die Stelle einer ärztlichen Behandlung tritt (vgl. § 37 SGB V).

Altersgrenzen für Kassenleistungen können vertraglich nicht festgesetzt werden, weil präventive, kurative und rehabilitative Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach dem Willen des Gesetzgebers – vor und nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes – altersunabhängig gewährt werden sollen.

„In der Praxis wird aber die Leistung ‚häusliche Krankenpflege‘ der Krankenkassen überwiegend älteren Menschen zugute kommen“, erklärte der Zeuge Ohnmacht (P 4/31 f.).

Heftig kritisiert wurde die in § 37 SGB V getroffene Neuregelung der „häuslichen Krankenpflege“. Hierzu erklärte der Zeuge Jäck:

„Durch das Gesundheits-Reformgesetz ist bei den Patienten in den Sozialstationen im Bereich der Behandlungspflege eine Verunsicherung und zum Teil vielleicht auch eine Verschlechterung der Situation eingetreten. Die Behandlungspflege, die bisher von den Ärzten je nach pflegerischer und fachlicher Notwendigkeit verordnet werden konnte, ist nunmehr auf maximal vier Wochen begrenzt. Genauso verhält es sich für den Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Die Behandlungspflege ist, wie bisher auch, eine Kann-Leistung der Krankenkasse. Umfang und Dauer werden jedoch nicht mehr durch den behandelnden Arzt bestimmt, sondern durch die jeweilige Satzung der Krankenkasse“ (P 18/7).

Der Zeuge Gnädig beanstandete, daß

„laut Gesetz im Belieben der Krankenkasse steht, ob sie diese Leistungen übernimmt oder nicht, obwohl es um Behandlung von Krankheit geht. Man muß noch dazu sagen: Der Löwenanteil aller Leistungen, die mit Kassen abgerechnet werden, beruht auf dieser Satzungsleistung“ (P 17/101).

#### Keine kostendeckenden Entgelte

Die Zeugin Bielzer (P 19/68, 79) sowie die Zeugen Hörmann (P 4/77), Roos (P 17/53), Gnädig (P 17/108, 121), Rilling (P 17/139, 152), Jäck (P 18/3), Dr. Richter (P 18/42) sowie Jocham (P 18/88) kritisierten, daß die derzeit von den Krankenkassen bezahlten Entgelte für hauptberufliche (24 DM pro Stunde) und nebenberufliche (12 DM pro Stunde) Haushalts-hilfen sowie für Grund- (9,65 DM) und Behandlungspflege (25,45 DM) nicht kostendeckend sind und folglich die Krankenkassen über die Zuschüsse des Landes und der Kommunen sowie der Eigenbeiträge der Träger subventioniert werden. Nach Angaben der Zeugen Hörmann (P 4/78 und 21/132) und Gnädig (P 17/108) liegen die effektiven Kosten einer Sozialstation im Rahmen von 48,93 und 70,34 DM pro Stunde. Danach verursacht ein Hausbesuch durchschnittliche Kosten von 13 bis 25 DM.

Hiervon ausgehend wurde mit der für die ‚häusliche Pflegehilfe‘ maßgeblichen Regelung des § 55 SGB V (vgl. hierzu die Darlegungen unter V. 2. f. bb) ein nicht kostendeckendes Leistungsentgelt in Höhe von maximal 30 DM pro Stunde gesetzlich festgelegt (Zeuge Hörmann, P 21/133).

Nach den Bekundungen der Zeugin Bielzer (P 19/68, 79) sowie der Zeugen Roos (P 17/53) und Hörmann (P 21/124) streben die Trägerverbände der Sozialstationen die Vereinbarung kostendeckender Entgelte mit den gesetzlichen Krankenversicherungen an. Bislang haben sie vergeblich darum gekämpft. Nach Angaben der Zeugin Bielzer (P 19/79) ist es insbesondere nicht gelungen, die Regiekosten für die Einsatzleitungen von Nachbarschaftshelferinnen und Haus- und Familienpflegerinnen sowie auch der Pflegedienstleitungen in den berücksichtigungsfähigen Kostenaufwand einzubeziehen.

Zu den Konsequenzen der Forderung nach kostendeckenden Entgelten erklärte der Zeuge Sing am 6. Juni 1989 aus der Sicht des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden:

„Beide Seiten haben bisher auf die Vorlage von Selbstkosten nicht bestanden. Wenn wir aber in die Richtung auf Selbstkosten gehen würden, würden wir auch Anforderungen stellen an die Ermittlung dieser Selbstkosten, an die Qualität, an die Leistung, die dahintersteckt. Im GRG ist ja auch vorgesehen, daß entsprechende Qualitätsbeschreibungen dann vorgenommen werden müssen. Das bedeutet dann auch

eine Änderung von heutigen Strukturen in den Sozialstationen. . . . Im Klartext würde das aber auch für uns bedeuten, daß es teurer wird; dessen bin ich sicher. Die Kernfrage ist allerdings: Was steht als Erfolg dagegen, als Leistung dagegen, und wird das gegengerechnet werden können? Vor allem würde ich gerne die Gegenrechnung im Krankenhaussektor aufmachen. Alles, was ich dort dann einsparen kann, das geben wir gerne in die Sozialstationen mit hinein. Aber dazu bedarf es dann auch Handlungen der Politik, nämlich bei der Krankenhausplanung, der Stufe II, Konsequenzen zu ziehen“ (P 10/112).

#### (2) der Leistungsempfänger

Für nichtkassenrelevante Leistungen stellen die Sozialstationen dem Leistungsempfänger ein Leistungsentgelt entsprechend dem vom jeweiligen Träger der Sozialstation beschlossenen Gebührenverzeichnis in Rechnung. Die RL-Sozialstationen (Ziff. 7.1) schreiben lediglich die Existenz einer Gebührenordnung und die Erhebung von Gebühren vor.

Die Gebührenverzeichnisse sehen unter anderem Hausbesuchspauschalen vor, die in den einzelnen Sozialstationen zwischen 5 und 9 DM pro Tag betragen. Zum Teil sehen die Gebührenordnungen eine soziale Staffelung vor (Zeugin Ulmer, P 17/43). Für Mitglieder von Krankenpflegevereinen können die Sozialstationen die Gebühren um bis zu 25 v. H. ermäßigen, wenn der Krankenpflegeverein der Sozialstation den dadurch entstehenden Einnahmeausfall erstattet.

Der Zeuge Roos wies bei der Beweisaufnahme am 18. Oktober 1989 darauf hin, daß „früher der Dienst kostenlos war und da im Moment immer noch eine erhebliche Unruhe im Gange ist“ (P 17/57).

Bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990 erklärte der Zeuge Hörrmann hierzu:

„Die Zeiten, wo sozusagen Mitglieder von Krankenpflegevereinen zum Nulltarif behandelt wurden, sind vorbei“ (P 21/137).

#### dd) Eigenmittel der Träger

Die Träger der Sozialstationen setzen in unterschiedlichem Umfang Eigenmittel zur Finanzierung der Sozialstationen ein. Die Höhe des Einsatzes von Eigenmitteln hängt davon ab, in welchem Umfang den Sozialstationen ein „Restdefizit“ nach Abzug von Spenden und Beiträgen der Mitglieder von Krankenpflegevereinen, die im Durchschnitt bei 25 DM p. a. liegen, verbleibt.

Nach Angaben der Zeugen Roos (P 17/56), Gnädig (P 17/107) und Jäck (P 18/18) liegt der Trägeranteil, bezogen auf den Gesamtumsatz einer Sozialstation, zwischen 10 und 25 %.

#### ee) Auswirkungen der Tarifvereinbarung zum 1. August 1989

Der Geltungsbereich der Tarifvereinbarung ist festgelegt auf die Beschäftigten in Kranken-, Heil-, Pflege- und Entbindungsanstalten sowie in sonstigen Anstalten und Heimen, in denen betreute Personen ärztlich behandelt werden (vgl. hierzu auch die Darstellung unter VII. 3.).

Der Zeuge Oswald kritisierte, daß die Mitarbeiter in den ambulanten Bereichen von der Tarifregelung nicht erfaßt sind:

„Damit tut sich eine neue Ungerechtigkeit auf zwischen stationären und ambulanten Bereichen, denn es ist natürlich klar, daß die Mitarbeiterinnen im ambulanten Bereich ähnlich schwierige Pflegesituationen antreffen in den ambulanten Einrichtungen wie in den stationären Einrichtungen, und es wird sicherlich früher oder später dazu-

kommen, daß diese verbesserte tarifliche Eingruppierung für den stationären Bereich auch für den ambulanten Bereich gilt“ (P 21/48).

Die befürchtete „Ungerechtigkeit zwischen stationärem und ambulatem Bereich“ wird aufgrund der Aussage des Zeugen Hörrmann nicht eintreten:

„Die kirchlichen Träger, die in der Hauptsache Träger der Sozialstationen sind, haben die Tarife des BAT in ihre arbeitsrechtlichen Vertragsregelungen übernommen und zahlen außerdem abweichend vom BAT nun auch für die Krankenpfleger und -pflegerinnen in den Sozialstationen einen Zuschlag für Schwerstpflege zwischen 60 und 90 Mark im Monat. Hier wird das, was für das Krankenhaus im BAT vorgesehen ist, auch auf den ambulanten Bereich übernommen“ (P 21/128).

Die Tarifvereinbarung sieht für die Beschäftigten höhere Eingangsvergütungen, verbesserten Bewährungsaufstieg und höhere Zuschläge vor mit der Folge, daß eine ausgebildete Altenpflegerin oder Krankenpflegerin im Monat etwa 300 bis 400 DM (brutto) mehr verdient als vor dem 1. August 1989. Nach Angaben des Zeugen Hörrmann bedeutet dies eine Erhöhung der Personalkosten der Sozialstationen um 7 bis 8 % (P 21/128).

Auf die Frage nach der Weitergabe bzw. Abwälzung dieser Kosten differenzierte der Zeuge Hörrmann zwischen den Entgelten für kassenrelevante und nichtkassenrelevante Leistungen:

„Unser Ziel ist in diesen Verhandlungen (Anm.: mit den gesetzlichen Krankenkassen), daß wir endlich bei den Kassen kostendeckende Gebühren erreichen, und damit sind dann auch die Kostenerhöhungen aufgrund dieser Tarifvereinbarungen abgegolten“ (P 21/129).

Bei den nichtkassenrelevanten Leistungen werden seinen Ausführungen zufolge „die Mehrkosten aufgefangen werden müssen und werden sicherlich aufgefangen werden können durch höhere Zuschüsse der Kommunen“ (P 21/130).

Langfristig schloß er jedoch nicht aus,

„daß, wenn die Subventionen, das heißt, die öffentlichen Zuschüsse, nicht den steigenden Kosten generell angepaßt werden, dann eben auch die Benutzer hier mit höheren Gebühren zu rechnen haben“ (a. a. O.).

#### 4. Ergänzende Dienste gemeinnütziger Einrichtungen

Neben Familienangehörigen und Sozialstationen als dem Kernstück der offenen pflegerischen Hilfen werden bei der häuslichen Versorgung (pflegebedürftiger) älterer Menschen eine Reihe anderer Dienste tätig (unter anderem Zeuginnen Berner, P 10/50, und Schüttler, P 14/116 sowie Zeugen Dr. Rieder, P 11/10, und Graf, P 12/17).

##### a) Leistungsangebote

Landesweit werden im wesentlichen angeboten:

- Hauspflege und ambulante Krankenpflege einschließlich Maßnahmen zur Wiederherstellung und Rückgewinnung von Funktionen, wie zum Beispiel Beschäftigungs- und Bewegungstherapie.
- Hauswirtschaftliche Dienste, insbesondere Einkaufs-, Reparatur- und Putzdienste, Wäschedienste, Fußpflegedienste, Erledigung von Behördengängen, Transportdienste (zum Beispiel zum Arzt usw.).

- Mahlzeitendienste sowohl als „Essen auf Rädern“ als auch in Form von stationären Mittagstischen.
- Persönliche Dienstleistungen wie Bücherdienste, Besuche, Vorlesen, Hilfe beim Schriftverkehr, regelmäßige Telefonanrufe durch sogenannte Telefonketten.
- Beratung in wohnungsnahen Beratungsstellen, auf dem Land auch durch mobile Beratungsdienste.

Ende 1987 betrug nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 14) die Zahl der im Bereich der ergänzenden offenen Altenhilfe eingesetzten Kräfte insgesamt rund 28 800. Davon waren etwas mehr als 20 000 Personen ehrenamtlich und etwa 6 700 als sogenannte ehrenamtliche Nachbarschaftshelfer gegen ein geringes Entgelt (stundenweise Vergütung) tätig. In diesen Zahlen sind auch die ehren- und nebenamtlichen Mitarbeiter der Sozialstationen enthalten, da diese in der Regel als Helfer in der pflegeergänzenden Nachbarschaftshilfe tätig sind.

#### b) Finanzierung

Die Kosten der ambulanten Hilfsdienste werden neben einem Eigenanteil des jeweiligen Trägers in unterschiedlicher Höhe durch öffentliche Zuschüsse sowie durch Leistungsentgelte abgedeckt.

##### aa) Landesförderung

Die Förderung betrug insgesamt (Kap. 0920, Tit. 684 01 + Kap. 0917, Tit. 684 05) in den Jahren

1987: 6,6 Millionen DM und

1988: 7,0 Millionen DM

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 6. Juni 1989, S. 9) wurden die Haushaltsansätze für das Jahr 1989 auf 8,5 Millionen DM und für 1990 auf 10 Millionen DM angehoben.

Die Fördermittel des Landes werden den in der Liga der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbänden für die zweckentsprechende Durchführung von Maßnahmen der offenen Altenhilfe gewährt. Die aufgrund des Vorschlags der Liga der Freien Wohlfahrtspflege auf die Maßnahmen der Haus- und Familienpflege sowie der Nachbarschaftshilfe entfallenden Zuschüsse werden entsprechend der Zahl der eingesetzten Kräfte auf die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege aufgeteilt.

Der Berechnung der Zuschüsse für die Essensdienste wird die Zahl der von den Trägern jeweils im Vorjahr geleisteten Mahlzeiten zugrunde gelegt.

Im Rahmen des Konzepts zur Weiterentwicklung der offenen Altenhilfe, mit dem die Nachbarschaftshilfsdienste auf der Ebene der Stadt- und Landkreise und innerhalb der Gemeinden unter verstärktem Einsatz ehren- und nebenamtlicher Helferinnen und Helfer sowohl weiter ausgebaut als auch koordiniert werden sollen, beteiligt sich das Land an den für zusätzlich eingesetzte Fachkräfte entstehenden Personal- und Sachkosten mit bis zu 80 v. H. des nicht gedeckten Aufwands, höchstens mit 50 000 DM pro Mitarbeiter.

Im Jahr 1988 hat das SM in Kap. 0920 unter den Tit. 684 02 bis 684 04 weitere 2,59 Millionen DM geleistet für sonstige Maßnahmen wie

- Maßnahmen der Altenerholung sowie Individualhilfen zur Unterstützung minderbemittelter, alter oder kranker Künstler;
- Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter der Altenhilfe;
- Geschäftsführung und Maßnahmen des Landesseniorenrats Baden-Württemberg sowie

- Einzelmaßnahmen von besonderer Bedeutung auf Landesebene (zum Beispiel Seniorenitage), die der Information älterer Menschen sowie der Vorbereitung auf das Alter dienen;

und in Kap. 0917 unter dem Tit. 684 01 nochmals 6 Millionen DM für

- Allgemeine Zuschüsse (Organisationszuschuß) an die in der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg zusammengeschlossenen Verbände sowie
- Zuschüsse zur Gewährung von Individualhilfen durch die in der Liga der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbände.

#### bb) Leistungsentgelte

Die Entgelte der organisierten Nachbarschaftshilfeeinrichtungen, deren Aufgaben nahezu ausschließlich von ehren- und nebenamtlichen Helfern erfüllt werden, differieren in erster Linie nach der Art der jeweils in Anspruch genommenen Dienste. Die Höhe der Entgelte schwankt zwischen 8 DM pro Stunde (Zeugin Berner, P 10/51, und Zeuge Dr. Rieder, P 11/10) und 13 DM pro Stunde (Zeugin Schüttler, P 14/116). Daneben wird Fahrgeldersatz – örtlich verschieden – erhoben.

Diese Leistungsentgelte werden den nicht hauptberuflichen Kräften als eine Art „Taschengeld“ ausbezahlt (Zeuge Graf, P 12/18). Die (helfenden) Frauen haben meistens Lohnsteuerklasse V und arbeiten aufgrund der damit verbundenen hohen Abzüge für 5 bis 6 DM pro Stunde:

„Und das ist manchmal schwere Arbeit, denn die älteren Menschen sind nicht leicht zu handhaben. Da muß man wirklich sagen: Für 5, 6 DM, wer da noch bereit ist, die Arbeit zu machen, der tut es nicht nur des Geldes wegen, sondern da steckt noch ein bißchen Nächstenliebe dahinter“,

meinte die Zeugin Schüttler (P 14/123).

Als Anreiz für die Mithilfe ehrenamtlicher Mitarbeiter nannte die Zeugin Metzger allgemein die „Möglichkeit helfen zu können“ (P 18/56), während der Zeuge Jäck die Hilfsbereitschaft zusätzlich auf eine „christliche Motivation“ (P 18/10) zurückführte.

Wichtig ist für die ehrenamtlichen Helfer in erster Linie die Begleitung durch hauptamtliche Einsatzleitungen dieser Personengruppen. Ferner sind erforderlich regelmäßige Treffen dieser Helfergruppen, die zum einen der Fortbildung und zum anderen aber dem kontinuierlichen Erfahrungsaustausch dienen (Zeuginnen Ulmer, P 17/27, und Bielzer, P 19/71, sowie Zeugen Roos, P 17/59, Gnädig, P 17/113, und Jäck, P 18/10).

„Wo diese Dinge gewährleistet sind, bleiben die Leute auch dabei. Das ist unsere Erfahrung. Wo nicht, springen sie sehr schnell wieder ab“, bekundete der Zeuge Gnädig (P 17/113).

Dagegen berichtete die Zeugin Schüttler, daß ihre Einrichtung, der „Hauspflege und Nachbarschaftshilfe in Crailsheim e. V.“, von den (helfenden) Frauen

„oftmals auch zum Sprungbrett benutzt wird: Die Frauen versuchen, überhaupt wieder berufstätig zu werden mit einigen Stunden und stellen nach kurzer Zeit fest: Aha, das kann ich mit meiner Familie vereinbaren. Und dann gehen sie in ihren erlernten Beruf wieder zurück. Oder wir bilden aus, und die fühlen sich dann qualifiziert und suchen sich dann im Altersheim oder irgendwo eine passende Stelle, wo sie eben auch entsprechend verdienen. Wir hätten schon einige Altenpflegerinnen einstellen können, wenn wir ihnen ein entsprechendes Gehalt gezahlt hätten“ (P 14/123).

Die Zeugin Schüttler (P 14/116) vertrat die Auffassung, daß die offene Altenpflege weiterhin nur durchgeführt werden kann, wenn den Helferinnen



eine gesicherte berufliche Existenz, das heißt eine Festanstellung mit Arbeitsverträgen und besserer Bezahlung, angeboten werden kann. Sie forderte deshalb, daß für die Anstellung hauptamtlicher Kräfte in Nachbarschaftshilfeeinrichtungen staatliche Mittel zur Verfügung gestellt werden. Bisläng gibt es hierfür keine Zuschüsse des Landes (Zeugin Berner, P 10/50).

Bei der Beweisaufnahme am 15. Juni 1989 wies der Zeuge Dr. Rieder darauf hin, daß

„gerade die Möglichkeit der Festanstellung solcher Leute auf der Grundlage einer spezifischen Fortbildung als Hauswirtschafterin überlegt wird. Da sind Überlegungen im Gang, dieses Berufsbild für die hauswirtschaftliche Versorgung alter Menschen zu entwickeln, von verschiedenen freien Trägern, wo also das Diätkochen, häusliche Krankenpflege, Alterspsychologie und so etwas vermittelt wird“ (P 11/10).

#### cc) Auswirkungen der Tarifvereinbarung zum 1. August 1989

Wegen des Geltungsbereichs der Tarifvereinbarung und seiner Übernahme auf den ambulanten Bereich wird auf die auch hier einschlägigen Darlegungen unter V. 3. c. ee) sowie VII. 3. verwiesen.

Auf die Frage nach der Weitergabe bzw. Abwälzung erhöhter Personalkosten erklärte der Zeuge Hörrmann:

„Allerdings wird diese Tarifvereinbarung auf die mobilen ambulanten Dienste eine relativ geringe Auswirkung haben, weil dort eben nicht sehr viel Fachpersonal, also vor allem Krankenpfleger oder Altenpfleger, beschäftigt wird . . . Allerdings dort, wo ein mobiler sozialer Dienst mehrere Altenpfleger beschäftigt, wird es Auswirkungen haben. Und ich denke, daß ein solcher mobiler sozialer Dienst eben das bei öffentlichen Zuschüssen hereinholen muß, was hier an Kostensteigerung vorliegt, wenn er nicht die Gebühr bei den Benutzern erhöhen will. Ich denke, daß die Träger mobiler sozialer Dienste nicht in der Lage sind, durch Eigenmittel das aufzufangen“ (P 21/130).

#### c) Ausstattung

Die Ausstattung dieser Dienste richtet sich insbesondere nach den von diesen angebotenen Leistungen sowie nach ihrem jeweiligen örtlichen Einzugsbereich. Rechtlich fixierte Ausstattungsstandards für die äußerst verschiedenartigen ambulanten Dienste der Altenhilfe außerhalb von Sozialstationen bestehen nicht.

### 5. Privatgewerbliche Dienste

#### a) Allgemeines

Bei den Angeboten privater Pflegedienste ist in den letzten Jahren ein starker Zuwachs zu verzeichnen (Zeugin Hafner, P 14/134, und Zeuge Graf, P 12/21). Über Marktanteile der gewerblichen Dienste lagen dem Untersuchungsausschuß keine Angaben vor.

Nach Auffassung des Zeugen Dr. Richter kann „ein privates Angebot durchaus Impulse zur Verbesserung im traditionellen Bereich geben, da die Sozialstationen mit ‚Ladenschlußzeiten‘ arbeiten“ (P 18/41).

Die privaten Dienste werden zu Stundensätzen von 20 bis 25 DM (Zeugin Hafner, P 14/135) sowie bis 30 DM (Zeuge Graf, P 12/21) im Durch-

schnitt angeboten. Nach Angaben des Zeugen Graf (a. a. O.) entsprechen diese Kosten den Selbstkosten, die beim Hauspflegeverein, der in der Trägerschaft der Stadt Mannheim betrieben wird, anfallen.

#### b) Rechtliche Zulassungsvoraussetzungen

Die privatgewerblichen Pflegedienste unterliegen den Vorschriften der Gewerbeordnung und damit der Aufsicht der Gewerbebehörde. Danach bedarf die Eröffnung eines privat-gewerblichen Pflegedienstes der Anzeige bei der zuständigen Gewerbebehörde (§ 14 GewO). Besitzt der Inhaber des Pflegedienstes nicht die für den Betrieb eines solchen Pflegedienstes erforderliche Zuverlässigkeit, ist lediglich eine (nachträgliche) Gewerbeuntersagung möglich (§ 35 GewO).

Die Zeugin Hafner (P 14/135) sowie der Zeuge Graf (P 12/21) kritisierten, „daß eben heute jeder Mensch so einen Pflegedienst (Anm.: ohne präventive Qualitätskontrolle) aufbauen kann“.

Der Zeuge Graf (a. a. O.) forderte die gewerblichen Unternehmen nach dem Vorbild des Heimgesetzes durch die Einführung eines Erlaubnisvorbehalts im Sinne von § 6 des Heimgesetzes aufsichtspflichtig zu machen.

Seine Forderung begründete er mit den unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für den Betrieb eines Heimes und der eines ambulanten Dienstes:

„Der, der ein Haus gewerblich betreibt, unterliegt der Erlaubnispflicht. Das ist nicht die Gewerbebeanmeldung. Er braucht eine Sondererlaubnis. Also, es ist nicht das Anmelden als Gewerbebetrieb. Es geht um die Voraussetzungen nach dem Heimgesetz (Anm.: insbesondere die Qualifikation des Heimleiters und die Frage nach einem potentiellen Mißverhältnis zwischen Entgelt und Leistung). Und der, der das selbe im ambulanten Bereich tut, braucht – ja, ich sage: – nichts“ (P 12/31).

Klarstellend wies der Zeuge darauf hin, daß die Notwendigkeit eines präventiven Erlaubnisvorbehalts nicht deshalb bestehen sollte, weil die privaten Anbieter die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen etwa durch „zu hohe Preise ausnützen“ würden. Aufgrund der ihm bekannten Preis- und Kostenvorschläge bekundete der Zeuge Graf (P 12/43), daß „es korrekt kalkuliert wird, inklusive Sonderzuschläge für Wochenend-, Feiertagsdienst, u. ä.“.

Bei rechnerisch einwandfrei kalkulierten Kosten von 19 853 DM pro Monat für eine „Rundumpflege“ stellt sich jedoch die generelle Frage: „Braucht jemand überhaupt in dem Maß häusliche Pflege, wie es der Private anbietet?“ (P 12/21).

Angesichts der finanziellen und sozialen Folgen privater Hilfsdienste kommt es deshalb entscheidend darauf an,

„daß man den, der die Hilfe braucht, entsprechend informiert, daß die ambulante Versorgung zwar im Moment ein verlockendes Angebot ist, aber letztendlich trotzdem zur Sozialhilfebedürftigkeit führen kann, und daß man ihm dann ein anderes Angebot unterbreitet, vielleicht gleich die Heimaufnahme“, betonte der Zeuge Graf (P 12/45).

Nach den Bekundungen des Zeugen Michel (P 9/73) ist unbestritten, daß die pflegerische Betreuung im Heim aufgrund des dort rationelleren Personaleinsatzes finanziell günstiger ist als zu Hause.

Auf Nachfrage zur Schutzwürdigkeit pflegebedürftiger älterer Menschen räumte der Zeuge Graf ein, daß Angebote privater Pflegedienste

„zunächst der in Anspruch nehmen wird, der finanziell besser gestellt ist. Aber wenn jemand in diesem Zustand ist, selbst wenn er aus höheren sozialen Verhältnissen kommt, ist er im Moment in einer Aus-

nahmesituation. . . . Und zunächst kriegt er ja ein verlockendes Angebot. Ich habe rund um die Uhr jemand. Das ist die Privatpflege. Und weiß jetzt der, der die Pflege braucht, daß sich dieses Vermögen – er stellt sich vor: Ich bin reich; die ganze Zeit weiß er: Ich habe 80 000 DM oder 100 000 DM auf dem Konto; ich bin ein reicher Mann –, daß sich sein Vermögen in 4, 5, 6 Monaten total verbraucht hat? Ob jetzt der Ältere die Kraft hat, zu wechseln? Jetzt angenommen, es kommt ein freundlicher Pfleger und alles noch in die Wohnung. Ja, Gott, dann bleibt er dabei und sagt er: Mir geht's gut; ich habe dauernd jemand um mich herum; ich kriege mein Essen gebracht. Dann macht er das“ (P 12/43).

Aus der Sicht des Sozialamtes wird auf diese Weise ein Vermögen in einem unvermeidbaren Tempo verbraucht. Danach hat das Sozialamt Pflegeheimkosten zu übernehmen, weil das Vermögen zum Einkommen aufgebraucht ist (P 12/44).

## 6. Kooperation und Koordination der Hilfsdienste

### a) Koordinationsmängel

Die Beweisaufnahme ergab, daß eine ausreichende Koordination und Kooperation der ambulanten Hilfsdienste bisher nicht erreicht ist:

#### aa) Privatgewerbliche Dienste und Sozialstationen

Zwischen den privatgewerblichen Pflegediensten und den Sozialstationen findet eine Koordination „überhaupt nicht“ (Zeuge Dr. Rieder, P 11/10) oder „nur ausnahmsweise“ (SM, Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 19) statt.

#### bb) Sozialstationen und ergänzende Dienste gemeinnütziger Organisationen

Hierzu heißt es in der Stellungnahme des SM vom 21. Februar 1989 (S. 19):

„Die übrigen ambulanten Hilfsdienste kooperieren in der Regel sehr gut mit den Sozialstationen.“

Diese Koordination „erfolgt in der Regel durch (Anm.: informelle) Absprachen vor Ort. Generell ist es in Baden-Württemberg nicht geregelt“, bekundete der Zeuge Michel (P 9/72).

Ergänzend erklärte der Zeuge Jäck:

„Die Zusammenarbeit vor Ort zwischen den Sozialstationen und den Anbietern der Pflege ergänzender Hilfen funktioniert auf den Hilfesuchenden bezogen in der Regel gut“ (P 18/10).

Kritisch fügte er hinzu:

„Oft ist aber zu verzeichnen, daß das Angebot ambulanter Dienste zu wenig aufeinander abgestimmt und in seiner Leistungsfähigkeit für den Endverbraucher nicht überschaubar ist“ (P 18/11).

Der Zeuge Gnädig bemängelte:

„Diese Zusammenarbeit ist (Anm.: in der Praxis) oft von Zufällen abhängig und von den jeweiligen Personen, die dort sind. Wo es Fortschritte gab in diesem Bereich, sind die Gebiete, in denen sogenannte Altenhelfer oder Koordinatoren tätig waren, die es dann auch zu ihrem Anliegen und zu ihrer Sache gemacht haben, die verschiedenen

Dienste an einen Tisch zu bringen. Insofern ist nur zu hoffen, daß diese Stellen auch landesweit möglichst bald eingeführt werden“ (P 17/115).

Den hauptsächlichsten Kooperationsmangel sah der Zeuge Dr. Richter darin, daß es trotz des umfangreichen Angebotes vielfältiger Dienste, wie Nachbarschaftshilfen, hauswirtschaftliche Dienste, ‚Essen auf Rädern‘, „nicht erreicht worden ist, daß eine Art Einsatzzentrale, Einsatzstelle, Ansprechpunkt für alles, was in einem bestimmten Raum an Dienstleistungen für alte Menschen, für pflegebedürftige Menschen vorhanden ist, zusammenläuft und abgerufen werden kann“ (P 18/37).

#### cc) Kirchliche und nichtkirchliche Verbände

Zwischen kirchlichen und nichtkirchlichen Verbänden konstatierte der Zeuge Roos „ein gewisses Ungleichgewicht“ (P 17/60) auf dem Gebiet der Kooperation.

Dies führte er darauf zurück, daß „die nichtkirchlichen Verbände neben den Sozialstationen mobile soziale Betreuungsdienste aufgebaut haben – manchmal aus unserer Sicht nicht in ausreichendem Kontakt mit den Sozialstationen“ (a. a. O.).

#### dd) Krankenhausbereich und ambulante Dienste

Eine mangelhafte Koordination beklagte die Zeugin Berner für den Bereich der Übergabe vom Krankenhaus zur Gemeindepflege:

„Ich muß immer wieder feststellen, daß es doch so ist, daß die in den Krankenhäusern freitags entlassen, wohl den Arztbericht schreiben, aber der kommt vielleicht am Dienstag zum Arzt. Die Sozialstation wird in der Regel nicht benachrichtigt. Und wenn es dann ein älterer alleinstehender Mensch ist, dann ist es eine ganz kritische Zeit, wenn der freitags entlassen wird und eventuell zufällig ein Nachbar das merkt und anruft: Hier liegt jemand! Das geht bis dahin, daß mitunter dann, wenn sie Diabetiker sind und ihre Spritze gebraucht hätten, dann im Koma liegen“ (P 10/52).

#### b) Verbesserungsvorschläge

Die im Rahmen der Beweisaufnahme vorgetragenen Konzeptionen zur Verbesserung der Koordination und Kooperation ambulanter Sozialdienste zielten sämtlich auf die Schaffung eines für den Bürger leicht erreichbaren und überschaubaren Hilfeverbundes.

##### aa) Konzeption der Liga der Freien Wohlfahrtspflege

Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege fordert

- Vermittlungs- und Informationsstellen für ältere Menschen sowie
- eine geordnete und verbindliche Zusammenarbeit der ambulanten Dienste, damit „individuelle (pflegerische und hauswirtschaftliche) Dienstleistungsangebote“ (Zeuge Jäck, P 18/13) gemacht werden können.

Die Liga geht dabei davon aus, daß mit einem Hilfeverbund die aus finanziellen Gründen erforderliche Bündelung der in einem Einzugsbereich vorhandenen parallelen Struktur gelingen kann; denn

„die Kirche wird durch die Veränderungen der Steuersituation (Anm.: EG-weite Entwicklung der Verbrauchssteuern, P 18/26) zu mehr Wirtschaftlichkeit und Organisation von Ablaufstrukturen gezwungen

... Parallele Strukturen können wir uns nicht mehr leisten“, bekundete der Zeuge Jäck (P 18/15).

Zum Stand der Realisierung der Liga-Konzeption berichtete die Zeugin Bielzer bei der Beweisaufnahme am 17. November 1989:

„Wir haben gerade einen sehr mühseligen Prozeß in der Liga hinter uns, um einen Konsens zu erzielen, wie wir künftig zusammenarbeiten wollen. Die Zusammenarbeit soll sich so gestalten, daß sie in Form einer Arbeitsgemeinschaft im Einzugsbereich einer Sozialstation stattfindet, also einer Arbeitsgemeinschaft aller Träger, die dann miteinander vereinbaren, wer beim Ausbau von Diensten oder bei Aufgabe von Diensten, den Dienst übernimmt, damit das Angebot bedarfsgerecht ist. Wir wollen das schriftlich vereinbaren. Wir haben also auch entsprechende Vereinbarungen im Entwurf, die das verbindlich über eine vertragliche Vereinbarung regeln:

- a) Die Zusammenarbeit der Dienste und die Absprache über die Angebote und dann
- b) auch, wenn eine solche Vermittlungs- und Informationsstelle kommt, die jetzt geplant ist, damit der Hilfesuchende, insbesondere der alte Mensch, einen besseren Durchblick hat, wo er Hilfe abrufen kann und welcher Hilfeplan für ihn der sinnvolle ist, daß sich dann die Träger in diesem Einzugsbereich einigen, wo diese Informations- und Vermittlungsstelle angesiedelt wird, und daß sichergestellt ist, daß alle Dienste in gleicher Weise den Hilfebedürftigen vermittelt werden, je nachdem, wie der Bedarf aussieht“ (P 19/72).

Auf Frage nach dem Inhalt der künftigen Kooperationsverträge erklärte die Zeugin Bielzer:

„Wir sind uns mit den anderen Verbänden einig, daß das eigentlich auch nicht Ziel sein kann, daß etwa der Einsatzeinleiter eines mobilen sozialen Hilfsdienstes, des Roten Kreuzes oder der Arbeiterwohlfahrt, unter die Fach- und Dienstaufsicht einer Sozialstation gestellt wird. Das kann weder Ziel des einen noch des anderen sein, so daß der ‚klassische Kooperationsvertrag‘ (Anm.: beinhaltet die Einbringung der Dienste einschließlich der Dienstaufsicht über die eigenen Mitarbeiter) nicht zustande kommt. ... Wir haben die Inhalte festgelegt, die wir vereinbaren wollen, und vereinbaren jetzt vertraglich die Zusammenarbeit, ohne zu sagen, Dienstaufsicht, Fachaufsicht werde dahin delegiert“ (P 19/87).

#### bb) Konzeption der Stadt Stuttgart

Die Stadt Stuttgart beabsichtigt künftig die Koordination stärker auf Stadtbezirksebene mit einem stadtteilorientierten Hilfeverbund zu leisten. Derzeit werden mit verschiedenen Modellprojekten unterschiedliche Lösungsansätze (P 17/141) gesucht:

- Bei einem Hilfeverbund im engeren ambulanten Bereich der Altenhilfe soll zwei Sozialstationen durch den Ausbau ihrer Pflegedienstleitung die Einrichtung einer Informations- und Beratungsstelle für versorgungs- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ermöglicht werden. In diesem Rahmen soll auch die Pflegeorganisation so verbessert werden, daß in besonderen Fällen interdisziplinäre Hausbesuche möglich sind.
- Mit einem weiteren Modellprojekt wird untersucht, ob diese Informations- und Koordinationsfunktionen flächendeckend jeweils die Sozialstation oder der städtische allgemeine Sozialdienst übernehmen soll.
- Mit Modellprojekten des allgemeinen Sozialdienstes werden Möglichkeiten der strukturellen Gesamtkoordination im Hinblick auf alle

Dienste und Einrichtungen auch der Altenhilfe mit der Vorstellung untersucht: „Könnte ein Alten- und Pflegeheim im Stadtbezirk damit, daß es einige Betten zur Belegung durch die Sozial- und Diakoniestation vorhält, nicht die Funktion einer Krankenwohnung an dieser Nahtstelle zwischen ambulanten und stationären Bereich erfüllen? Oder etwa Öffnung in Form von Mittagstischen für Tagespflege, Kurzzeitpflege“ (Zeuge Rilling, P 17/143). Als besonders wichtig wird hier die Einbindung der niedergelassenen Ärzte angesehen.

Die Umsetzung entsprechender Konzepte setzt nach Auffassung des Zeugen Rilling eine entsprechende Organisationskapazität voraus, „die solche Entwicklungen in Gang bringt und begleitet und nicht nur in der Entstehungsphase, sondern auch später. Und hier gehen wir davon aus, daß der allgemeine Sozialdienst der Stadt ganz wesentlich gestärkt werden müßte“ (P 17/145).

#### cc) Konzeptionen der Landesregierung

Der angestrebte Hilfeverbund soll nach Vorstellung der Landesregierung (Stellungnahme vom 6. Juni 1989, S. 9) im wesentlichen geschaffen werden durch

- eine Verbesserung der Koordination der verschiedenen ambulanten Dienste,
- die intensive Verknüpfung der jeweiligen Dienstleistungen innerhalb eines Versorgungsbereichs sowie
- zentrale Anlaufstellen (in jedem Versorgungsbereich) zur besseren Beratung für pflegebedürftige Bürger und deren Angehörige über mögliche ambulante Hilfen.

(1) Nach Auffassung des SM „leistet hierzu das bereits 1985 in enger Zusammenarbeit mit der Freien Wohlfahrtspflege vom Land entwickelte ‚Konzept zur Weiterentwicklung der offenen Altenhilfe‘ einen wichtigen Beitrag. Neben dem Ausbau der Nachbarschaftshilfsdienste ist es Ziel dieses Förderprogramms, die Koordination der verschiedenen Hilfsangebote weiter zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen Trägern von stationären, teilstationären und offenen Hilfen zu fördern“ (Stellungnahme vom 28. November 1988, S. 9).

(2) Im Rahmen eines dreijährigen Feldversuchs wurde vom Landeswohlfahrtsverbands Baden die Tätigkeit eines „Altenhelfers“ bei einer Reihe von örtlichen Stellen der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege gefördert. Die Tätigkeit dieser Kräfte erstreckte sich insbesondere auf Koordinierungsaufgaben.

Nach Angaben des SM „erklärte sich das Land im Juli 1988 im Hinblick auf die von allen Beteiligten als wertvoll eingeschätzte Arbeit dieser Kräfte dazu bereit, nach Auslaufen des Feldversuchs die dann noch angestellten Altenhelfer mit einem Personalkostenanteil von 40 v. H. – höchstens jedoch 25 000 DM je Träger – in die Landesförderung zu übernehmen. Hieran wurde allerdings die Voraussetzung geknüpft, daß sich die kommunalen Träger in mindestens gleicher Höhe wie das Land an den entstehenden Personalkosten beteiligen. Durch die vom Land ermöglichte Sicherung der Funktion der Altenhelfer wird einerseits zugleich ein Betrag zur verbesserten Koordination der ambulanten Dienste geleistet, andererseits sollen die während des Feldversuchs gewonnenen Erfahrungen beim vorgesehenen weiteren Ausbau der sozialen Netzwerke vor Ort berücksichtigt werden“ (Stellungnahme vom 28. November 1988, S. 10)

(3) Vor dem Hintergrund des angestrebten Hilfeverbundes wird von der Landesregierung über eine Laufzeit von drei Jahren in drei unterschiedlich

strukturierten Modellregionen des Landes ein Modellversuch „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen“ durchgeführt.

„Ziel ist die Entwicklung und Erprobung eines Versorgungssystems für ältere Menschen, das sich durch noch mehr Flexibilität und mehr Effizienz auszeichnet“ (SM, Stellungnahme vom 17. Januar 1989, S. 30).

Die Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Sozialministerium und den beteiligten Körperschaften, Verbänden und Institutionen der Modellregionen Ludwigsburg, Ostfildern und Waldshut wurden am 16. Februar 1989 abgeschlossen.

Der Handlungsrahmen des Modellversuchs ergibt sich aus der vorhandenen sozialen Infrastruktur in der jeweiligen Modellregion sowie den sogenannten Bausteinen des Modellversuchs. Zum Bausteinbereich „Übergreifende Organisationselemente“ äußerte sich das SM wie folgt:

„Durch die Einrichtung zentraler Anlaufstellen oder von Koordinierungsstellen und zusätzliche Angebote zur Fortbildung und Supervision soll eine effektive und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Dienste und Träger gesichert und die Übersichtlichkeit und Verlässlichkeit für die Hilfebedürftigen verbessert werden. Als geeignete Maßnahme hierzu kommen auch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Dienste und Träger sowie die Verbesserung der Organisation der Hilfen und Dienste in Betracht“ (Stellungnahme vom 6. Juni 1989, S. 13).

Nach Angaben des SM „soll im Rahmen der dreijährigen Modelllaufzeit nicht nur die zu Beginn mit den Modellbeteiligten erarbeitete Modellkonzeption erprobt werden. Es sollen darüber hinaus unter Einbeziehung und Mitwirkung aller Beteiligten und stetiger Verwertung bzw. Umsetzung der vorliegenden Ergebnisse schrittweise neue Strukturen realisiert und das Hilfeangebot für die Zielgruppe weiter optimiert werden, so daß sich die Modellkonzeption hierdurch stetig weiterentwickeln kann“ (a. a. O., S. 14).

(4) In dem Diskussionsentwurf „Grundsätze und Zielvorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen (Geriatric-Konzept)“ vom 19. Juni 1989 geht das SM davon aus, daß „die Effizienz des differenzierten, pluralistischen Angebots an Behandlungsmöglichkeiten und Hilfen unter einem Mangel an Übersichtlichkeit und Abstimmung leidet. Das gilt für den medizinischen Bereich wie für den Bereich der sozialen Hilfen. Aber auch die alten Menschen mit ihren Angehörigen und Helfern aus der Nachbarschaft erwarten zu Recht eine klare und vollständige Information sowie abgestimmtes Handeln der Hilfeorganisationen“ (vgl. Ziff. V. 4. des Geriatric-Konzeptes).

Daraus leitet das SM folgende Konsequenzen ab:

- „Es bedarf daher einer
- einzelfallbezogenen Koordination der Hilfen  
(Clearing-Stelle am geriatrischen Schwerpunkt/Zentrum)  
(geriatrisch-pflegerisch-soziales Konzil)
  - hilfenbezogenen Information  
(zentrale Informationsstelle für alle Ratsuchenden im Versorgungsgebiet, zum Beispiel bei der Sozialstation oder Kreisverwaltung)
  - trägerübergreifenden Abstimmung des Dienstangebotes  
(zentrale Koordinierungsstelle im Versorgungsgebiet bei der Kreisverwaltung oder Sozialstation)“ (a. a. O.).

Der Schaffung von „Kooperationsstellen“ mißt die Landesregierung Priorität zu. Hierzu heißt es im „Geriatric-Konzept“:

„Die Schaffung von Kooperations- und Koordinationsstellen ist für den Ausbau eines abgestimmten Systems von Versorgungseinrichtungen

gen und -diensten von höchster Bedeutung. Nur so kann das bereits heute bestehende vielfältige Versorgungsangebot im Interesse des alten Menschen bestmöglich genutzt und unter humanen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten weiterentwickelt werden“ (vgl. dortige Ziff. VI. 2.).

(5) Mit der Konzeption „Neuordnung der ambulanten Dienste“ vom 8. Januar 1990 hat das SM seine im Geriatrie-Konzept dokumentierten Zielvorstellungen für den ambulanten Bereich konkretisiert und im wesentlichen folgende Lösungsansätze vorgelegt zur Verbesserung der

– Information und individuellen Hilfevermittlung durch Schaffung einheitlicher Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen in jedem Versorgungsbereich (zirka 20 000 Einwohner):

„Ihre Einrichtung erfolgt auf der Grundlage einer Vereinbarung sämtlicher freier Träger und gegebenenfalls kommunaler Träger, die im Versorgungsbereich ambulante Hilfen und Dienstleistungen anbieten. Träger ambulanter Dienste werden künftig nur noch dann vom Land gefördert, wenn sie an der Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle ihres Versorgungsbereiches beteiligt sind und mit ihr konstruktiv zusammenarbeiten“ (Ziff. IV. 1. der Konzeption).

– Zusammenarbeit und trägerübergreifenden Abstimmung von Leistungsangeboten durch Bildung von Arbeitsgemeinschaften in jedem Versorgungsbereich (zirka 20 000 Einwohner) bestehend aus „sämtlichen freigemeinnützigen Anbietern ambulanter Hilfen, der Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle sowie der Kommunen“ (Ziff. IV. 2. der Konzeption).

– Effizienz und Qualität erbrachter Dienstleistungen durch den Einsatz von ‚Verbandskoordinatoren für Altenhilfe‘, um die Binnenstruktur der Trägerverbände und deren überregionale Koordination zu stärken, sowie durch den Einsatz qualifizierter Pflegedienst- und Einsatzleitungen, um die vorhandenen Personalressourcen weitgehend auszuschöpfen (Ziff. IV. 3. der Konzeption).

dd) Exkurs: Die Frage nach der künftigen Verortung einer Koordinationsstelle

Hierzu erklärte der Zeuge Dr. Rieder bei der Beweisaufnahme am 15. Juni 1989:

„Wo diese Koordinationsstelle angebunden werden soll, da ist noch etwas Musik drin, das heißt, es gibt verschiedene Vorstellungen. Das hat mit politischen Inhalten und ökonomischen und Marktanteilsproblemen zu tun. Da wird noch diskutiert und dann entschieden. Die einen meinen, beim Bürgermeisteramt, also bei der Gemeindeverwaltung solle es sitzen, die anderen sagen, es solle doch gleich in die Sozialstationen. Dritte sagen, das seien interessengeleitete Argumentationen; nein, sie sollten sitzen bei den mobilen sozialen Hilfsdiensten und so“ (P 11/10).

Dagegen vertrat der Zeuge Sixt für den Gemeindegtag Baden-Württemberg die Auffassung, daß „man die verschiedenen Hilfsangebote etwas stärker, wenn irgend möglich, über die Sozialstation anbieten sollte, zum Teil über die reine Koordination hinausgehend“ (P 14/58).

In diesem Zusammenhang bekundete der Zeuge Sixt (P 14/59), daß die politischen Gemeinden die Planungs- und Koordinationsaufgaben, aber nicht die eigentliche Trägerschaft stärker wahrnehmen wollen.

Nach Auffassung des Zeugen Dr. Richter wäre die Verortung der Koordinationsstelle vorstellbar etwa bei einer Kommune oder beim Landkreis



oder einem Pflegeheim, „wo rund um die Uhr auch Personal da ist“ (P 18/43). Kritisch fügte er hinzu:

„Nur: wir sind jetzt viele Jahre eigentlich an diesem Punkt, ohne voranzukommen. Es hat Modellversuche gegeben; der badische Landeswohlfahrtsverband hat mal so etwas versucht. Es sind dann einmal Einsatzleitungen vom Land gefördert worden oder Kooperatoren, Leute, die das verbessern sollen. Wir stehen heute immer noch vor der Feststellung: Wir würden uns so etwas wünschen“ (a. a. O.).

In der Konzeption zur „Neuordnung der ambulanten Dienste“ vom 8. Januar 1990 geht das SM davon aus, daß

„die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle in der Regel in Anbindung an eine Sozialstation für deren Einzugsbereich eingerichtet werden sollte“ (Ziff. IV. 1. c) und nur „aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung sämtlicher Beteiligter auch bei einem anderen geeigneten ambulanten Dienst im Versorgungsbereich angebinden werden kann“ (a. a. O.).

ee) Exkurs: Die Frage nach einem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag

Auf die pauschale Frage nach Lösungsansätzen zur Beseitigung des Kooperationsdefizits meinte der Zeuge Dr. Richter, daß ähnlich wie im Bereich des Rettungsdienstes „organisatorisch eine Verlässlichkeit sicherzustellen ist, daß immer dann, wenn Not am Mann ist, der Ansprechpartner da ist“ (P 18/43). Nach den Konsequenzen für das bisherige ehrenamtliche Engagement befragt, erwiderte der Zeuge Dr. Richter:

„Man kann nicht das ganze Hilfeangebot professionalisieren. Es geht nur um den einen Mann oder die eine Frau, die mit diesem Telefon, sag ich einmal, als technische Hilfe, als Ansprechpartner da ist, daß der alte Mensch weiß, wo Ansprechpartner da ist, wo er Hilfe bekommt. . . . Ob Ehrenamtlichkeit dadurch kaputt gemacht wird – ich glaube nicht, wenn wir es beschränken auf diese Kooperationsverknüpfung“ (P 18/44).

Auf die konkrete Frage nach der Notwendigkeit einer gesetzlichen Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung äußerte der Zeuge Dr. Richter:

„Es ist die Frage über den Förderweg. Es ist ja immer der goldene Zügel, der so etwas vielleicht, wenn es nicht ein Gesetz ist, voranbringt. Daß man sagt – wie es die Uridee in den ersten Richtlinienentwürfen war –: Jetzt wird von einem bestimmten Zeitpunkt der weitere Ausbau eben von der rechtlich verbindlichen, von der zuverlässigen Zusammenarbeit und vielleicht der gemeinsamen Einsatzleitung abhängig gemacht“ (P 18/47).

Der Zeuge Axtmann verneinte die Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen:

„Ich denke, in diesem Bereich tut sich sehr viel im Grunde aus freien Stücken. Da werden Kräfte mobilisiert, die man auch nicht abtöten möchte, etwa indem man durch gesetzliche Margen dann Dinge wieder zu arg festzurrt . . . Ein fester Rahmen ist auch gut. Ob man das gesetzlich regeln muß, das vermag ich nicht zu beantworten“ (P 13/22).

In der vertraglichen Kooperation der verschiedenen Dienste sah er (P 13/24) jedoch die für die Zusammenarbeit der Dienste erforderliche Mindestform, um vorhandene Versorgungslücken zu schließen.

## VI. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege

(Ziff. C. VI. und VII. des Untersuchungsauftrags)

### I. Begriffsbestimmung und rechtliche Rahmenbedingungen

Der Inhalt des Begriffs „Stationäre Altenhilfe und Altenpflege“ ergibt sich in erster Linie aus sozialhilferechtlichen und heimrechtlichen Vorschriften.

a) Das Bundessozialhilfegesetz gewährt – wie bereits unter V. 2. dargelegt – im Rahmen der Hilfe in besonderen Lebenslagen (§§ 68 ff.) auch Altenhilfe und Hilfe zur Pflege. Diese Hilfe soll in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden, wenn andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen (§ 3 Abs. 2 Satz 2 BSHG). Gemäß § 21 Abs. 3 BSHG umfaßt die Hilfe zum Lebensunterhalt in einer stationären Einrichtung auch einen angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung, der für volljährige Hilfeempfänger 30 v. H. des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes beträgt.

Entsprechend dem in § 93 Abs. 2 BSHG festgelegten Gesetzesauftrag sind die Rechtsbeziehungen zwischen den Sozialhilfeträgern und den gemeinnützigen Trägern der stationären Einrichtungen der Altenhilfe in der Vereinbarung zur Regelung des Pflegesatzwesens in Baden-Württemberg (Pflegesatzvereinbarung) geregelt. Näheres hierzu wird unter VI. 4. b) erläutert.

b) Das Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige – Heimgesetz (HeimG) vom 7. August 1974 (BGBl. I, S. 1873) bezweckt nach § 2 Abs. 1

- die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner in den genannten Einrichtungen vor Beeinträchtigungen zu schützen,
- zu verhindern, daß zwischen dem Entgelt und der Leistung der Einrichtung ein Mißverhältnis besteht,
- die Beratung der Bewohner und der Träger der genannten Einrichtungen zu fördern und
- zurückzuzahlende Leistungen, die im Hinblick auf die Unterbringung in einer Einrichtung von oder zugunsten von Bewohnern oder Bewerbern erbracht werden, zu sichern.

Nach § 2 Abs. 2 HeimG „bleibt die Selbständigkeit der Träger der Einrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben unberührt“.

#### aa) Anwendungsbereich

Aus dem Anwendungsbereich des HeimG sind ausdrücklich Krankenhäuser (Anm.: Einrichtungen im Sinne von § 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz), Tageseinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgenommen (§ 1 Abs. 1).

Bei der Beweisaufnahme am 8. Dezember 1988 erhob der Zeuge Dr. Gerhard für den Landkreistag Baden-Württemberg die Forderung die „Kurzzeitpflege“ in das Heimgesetz miteinzubeziehen, um von Anfang an sicherzustellen, daß „diese Heime, die Kurzzeitpflege anbieten, den notwendigen Standard und die notwendige Qualität hier haben“ (P 3/102).

## bb) Zuständigkeiten

Nach der auf § 18 Abs. 1 HeimG beruhenden **Zuständigkeitsverordnung** der Landesregierung vom 15. April 1975 obliegt die verwaltungsmäßige Durchführung des HeimG und seiner Rechtsverordnungen den Landratsämtern und in den Stadtkreisen den Gemeinden als untere Heimaufsichtsbehörden. Diese unterliegen der Aufsicht der Regierungspräsidien, die auch Widerspruchsbehörden gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung für die von den unteren Heimaufsichtsbehörden getroffenen heimrechtlichen Maßnahmen sind.

Oberste Landesbehörde für die Heimaufsicht nach dem HeimG ist das Sozialministerium. Im Rahmen dieser Aufgabe hat das Sozialministerium zur verwaltungsmäßigen Durchführung des HeimG und seiner Rechtsverordnungen in der Zeit von 1975 bis 1988 insgesamt 28 Erlasse an die Heimaufsichtsbehörden herausgegeben (vgl. Auflistung in der als Anlage 1 beigefügten Stellungnahme des SM vom 26. Oktober 1988, Seite 31 ff.).

## cc) Instrumentarium der Heimüberwachung

## (1) Anzeigevorbehalt und präventiver Erlaubnisvorbehalt

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 HeimG darf eine Einrichtung im Sinne des HeimG nur mit Erlaubnis der zuständigen Heimaufsichtsbehörde betrieben werden. Der Erlaubnisvorbehalt gilt gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 HeimG nicht für Einrichtungen, deren Träger juristische Personen des öffentlichen Rechts sowie Träger im Sinne des § 10 Abs. 1 BSHG (Anm.: Kirchen- und Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts sowie Verbände der Freien Wohlfahrtspflege) sind. Die vom Genehmigungserfordernis freigestellten Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind in dem Erlaß des SM zu den „Vorläufigen Verwaltungsvorschriften zu § 6 HeimG“ vom 5. Mai 1976 enumerativ aufgelistet.

Nach § 6 Abs. 3 HeimG ist die Erlaubnis im wesentlichen zu versagen, wenn

- der Antragsteller die für den Betrieb der Einrichtung erforderliche Zuverlässigkeit nicht besitzt,
- die (ärztliche oder gesundheitliche) Betreuung der Bewohner nicht gewährleistet ist,
- die Einhaltung der Mindestanforderungen nach der Heimindestbauverordnung sowie der Pflichten gemäß der Heimsicherungsverordnung nicht gewährleistet ist und
- zwischen den gebotenen Leistungen und dem geforderten Entgelt ein Mißverhältnis besteht.

Nach § 7 HeimG sind von allen – auch von den vom Erlaubnisvorbehalt freigestellten – Heimträgern der Beginn, die Änderungen und die Einstellung des Heimbetriebs der Heimaufsichtsbehörde anzuzeigen.

## (2) Nachschau

Im Rahmen der **Nachschau** nach § 9 HeimG sind die Heimaufsichtsbehörden befugt durch Besichtigung der Einrichtungen, Einsichtnahme in die geschäftlichen Unterlagen des Trägers und des Heimleiters sowie durch Befragung der Beschäftigten die Einhaltung der Vorschriften des HeimG sowie seiner Rechtsverordnungen zu überwachen. Nach § 10 HeimG sind die Landesverbände der freien Wohlfahrtspflege im Sinne von § 10 Abs. 1 BSHG, die kommunalen Spitzenverbände und sonstige Vereinigungen auf Landesebene an der behördlichen Überwachung der ihnen angehörenden Träger angemessen zu beteiligen. Von der in § 10 Abs. 2 HeimG eingeräumten Möglichkeit durch Rechtsverordnung die Beteiligung an der Überwachung zu regeln hat der Bundesminister für Jugend, Familie und

Gesundheit bislang keinen Gebrauch gemacht. Für die „Zwischenzeit“ hat das SM mit Erlaß vom 5. Mai 1976 (Az.: V/3-7329.2/76) die Beteiligung der Verbände wie folgt geregelt:

- „2. Die zuständige Behörde unterrichtet den Heimträger und den Verband im voraus rechtzeitig von jeder Überwachungsmaßnahme nach § 9 Abs. 2 HeimG (Nachschau); als rechtzeitig gilt in der Regel die Einhaltung einer Frist von 14 Tagen. Die Unterrichtung soll schriftlich erfolgen.
- 2.1 Von der Unterrichtung im voraus kann im Einzelfall abgesehen werden.
- 2.1.1 Bei Überwachungsbesuchen, die keinen Aufschub dulden;
- 2.1.2 bei einer Nachschau die ausschließlich der Feststellung dient, ob bereits festgestellte Mängel beseitigt worden sind.  
Bei Überwachungsbesuchen nach Nr. 2.1.1 wird der zuständigen Behörde empfohlen, den Verband kurzfristig zu verständigen.“

Auf Frage, in welchem Turnus die Nachschau von den Heimaufsichtsbehörden durchgeführt wird, erklärte der Zeuge Dr. Kilian:

„Danach (Anm.: nach einer Umfrage des SM bei den unteren Heimaufsichtsbehörden) verfahren etwa die Hälfte (Anm.: der Heimaufsichtsbehörden) im 3jährigen Turnus und etwa 30 % im 2jährigen und 16 % nur im 1jährigen Turnus. Das ist aber von Behörde zu Behörde verschieden. Und es gibt Behörden, die zum Teil vierteljährlich in bestimmte Heime gehen – es gibt eben problematischere Heime und solche, bei denen die Notwendigkeit nicht gegeben ist. Und es gibt sogar Fälle, wo man in monatlichen Abständen hingeh“ (P 3/35).

### (3) Beratung

Nach § 11 Abs. 2 HeimG ist die zuständige Behörde, sofern sie in einer Einrichtung Mängel festgestellt hat, verpflichtet zunächst den Träger unter Beteiligung seines Verbandes über die Möglichkeiten zur Abstellung der Mängel zu beraten.

Zur Bedeutung dieser Beratungspflicht erklärte der Zeuge Dr. Kilian (P 3/23): „Das Heimgesetz stellt ja sehr stark auf die Kooperation, auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Heimen ab. Deswegen ist das Beratungsinstrument das Wichtigste.“

### (4) Anordnungsbefugnis

Werden festgestellte Mängel – trotz behördlicher Beratung – nicht abgestellt, so sind die Heimaufsichtsbehörden gemäß § 12 HeimG ermächtigt, gegenüber den Heimträgern die Erfüllung der heimrechtlichen Pflichten mittels Verwaltungsakt durchzusetzen. Nach § 13 HeimG kann bei mangelnder Eignung von Mitarbeitern eines Heimes deren weitere Beschäftigung ganz oder für bestimmte Tätigkeiten untersagt werden.

Zum zahlenmäßigen Verhältnis von behördlicher Beratung und Anordnung bekundete der Zeuge Dr. Kilian (P 3/37):

„Die meisten Beanstandungen werden abgestellt ohne Anordnung, also ohne eine aufsichtsrechtliche Maßnahme nach § 12 HeimG, lediglich durch Beratung. Man kann gut sagen, etwa 90 %, bei manchen Heimaufsichtsbehörden eigentlich alle Beanstandungen, werden durch Beratung nach § 11 HeimG abgestellt.“

Aufgrund des Erlasses des SM vom 7. April 1976 (Nr. V/3-7329.2/76) haben die unteren Aufsichtsbehörden schwerwiegende Mißstände in Einrichtungen nach § 1 HeimG über das Regierungspräsidium, in Eilfällen direkt an das SM zu berichten. Diese Berichtspflicht umfaßt eine unverzügliche

Mitteilung über den festgestellten Sachverhalt sowie die zunächst ergriffenen Maßnahmen und – zu gegebener Zeit – eine Darstellung der zur Beseitigung der Mißstände getroffenen Anordnungen. Der Zeuge Dr. Kilian (P 3/33) schätzte, daß etwa 20 Vorgänge (einschließlich Petitionen) im Jahr an das SM direkt herangetragen werden.

Auf Vorhalt eines Schreibens des SM an die Regierungspräsidien vom 6. Februar 1985, in dem es wörtlich heißt:

„Das Sozialministerium hat in jüngster Zeit verschiedentlich erst durch die Presse von besonderen Vorkommnissen und schwerwiegenden Mißständen in Heimen erfahren. Es besteht daher Anlaß, auf den Bezugserslaß hinzuweisen, wonach über Vorgänge, bei denen damit zu rechnen ist, daß sie die Öffentlichkeit beschäftigen werden, unverzüglich dem Ministerium . . . zu berichten ist.“

erklärte der Zeuge Dr. Kilian:

„Dieser Erlaß war die Reaktion darauf, daß wir selbst das Gefühl gehabt haben, der früher einmal ergangene Erlaß (Anm.: 1976) wird nicht immer eingehalten“ (P 3/34).

Auf Frage nach der ausreichenden Qualifikation der mit der Durchführung des HeimG betrauten Personen räumte der Zeuge Dr. Kilian (P 3/39) bei der Beweisaufnahme am 8. Dezember 1988 ein, daß es „in der Tat noch Handlungsbedarf“ gibt. Der Bedarf an Schulung und an Fortbildung sollte nach seinen Vorstellungen durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen ab 1989 für die entsprechenden Beamten der Gesundheitsämter und der Heimaufsichtsbehörden gedeckt werden.

Dagegen erklärte der Zeuge Dr. Seitter zur Qualifikation der für die Heimaufsicht zuständigen Personen:

„Das sind Leute, die das kontrollieren, die voll guten Willens sind – das muß ich sagen –, mit Idealismus, denen aber einfach das Fingerspitzengefühl fehlt . . . sie (Anm.: die Ausübung der Heimaufsicht) ist zu stark auf das Administrative abgestellt. Die Leute sind überfordert“ (P 15/73).

##### (5) Kritik zu cc)

Bei der Beweisaufnahme am 8. Dezember 1988 vertraten die Zeugen Dr. Richter (P 3/57) und Dr. Gerhardt (P 3/86) die Ansicht, daß eine wirksame und effektive Heimaufsicht aufgrund der geltenden gesetzlichen Grundlagen nicht ausgeübt werden kann.

Übereinstimmend kritisierten sie, daß Altenheime bislang nur mit Vorankündigung von der Heimaufsicht kontrolliert werden.

Wörtlich erklärte der Zeuge Dr. Richter:

„Ich meine, wenn man irgendwelchen Dingen nachgehen soll, die das Licht scheuen, müßte man eigentlich überraschend erscheinen dürfen, und nicht mit dem Blaulicht vorgehen, um dort gewisse Veränderungen noch möglichst zuzulassen“ (a. a. O.).

Ebenso wie die Zeugen Dr. Gerhardt (P 3/87) und Dr. Steger (P 3/104) forderte er eine gesetzlich festgelegte Qualifikation für Heim- und Pflegedienstleiter:

„Wenn ich einen Querbereich nehme: Im Gaststättenbereich wird die Zuverlässigkeit für einen Gastwirt geprüft. Da ist es in einem so empfindlichen Bereich (Anm.: Alten- und Altenpflegeheime) eigentlich nicht einzusehen, daß hier nicht auch gewisse Standards in dieser Qualifikation gefordert werden müssen“ (P 3/58).

Der Zeuge Dr. Gerhardt (P 3/87) forderte auch einen Mindestpersonalschlüssel im HeimG festzulegen (so auch Zeuge Dr. Richter, P 3/59), jedenfalls aber auf dem Erlaßwege Anhaltspunkte hierfür zu geben (P 3/90),

„um sozusagen die untere Schwelle der notwendigen Betreuung und Versorgung von Gesetzes wegen festzulegen“.

Zur Verhinderung finanzieller Ausnutzung „alter und gebrechlicher Leute“ sei nun der Gesetzgeber berufen, die gesetzliche Basis für ein Kontrollinstrument gegenüber erhöhten Pflegesätzen zu schaffen (P 3/88).

Der Zeuge Dr. Steger warnte allerdings davor, sich zuviel von Richtlinien für die Heimaufsicht zu versprechen. Seiner persönlichen Erfahrung nach hänge die Qualität der Kontrolle im wesentlichen von der Qualifikation der Heimaufsicht ab (P 3/105).

#### (6) Kriterienkatalog

Zur Intensivierung und Vereinheitlichung der Heimaufsicht hat das SM einen Kriterienkatalog (mit Checkliste) für die ausreichende Betreuung von Pflegebedürftigen, insbesondere von gerontopsychiatrischen Pflegefällen und psychisch Behinderten erarbeitet und im August 1989 (SM, Stellungnahme vom 27. September 1989, S. 5) den Heimaufsichts- und Gesundheitsbehörden des Landes bekanntgegeben.

Nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 26. Oktober 1988, S. 39 ff.) ist gerade dieser Bewohnerkreis oftmals nicht in der Lage, seine Interessen selbst wahrzunehmen. Deshalb obliegt es den Heimaufsichtsbehörden, verstärkt auf die Betreuung der Heimbewohner in pflegerischer, psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Hinsicht zu achten und die Arbeit der Einrichtung durch eine noch intensivere Beteiligung der Gesundheitsämter als ärztliche Fachbehörde zu unterstützen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der kontinuierlich anwachsenden Zahl Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger sowie psychiatrisch beeinträchtigter Heimbewohner, der demographischen Entwicklung, der gestiegenen Lebenserwartung sowie des auch in den kommenden Jahren weiter anhaltenden höheren Zugangsalters der Heimbewohner.

Nach den Sollvorgaben des Kriterienkatalogs, die über die Rahmenvorgaben des HeimG hinausgehen, sind künftig bei der Durchführung der Heimaufsicht folgende Punkte besonders zu beachten:

- Bauliche Gegebenheiten (zum Beispiel Erreichbarkeit von Infrastruktureinrichtungen, die Ausgestaltung der Räumlichkeiten, der Ausschluß von Gefährdungsquellen),
- Freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen (zum Beispiel bauliche oder organisatorische Hindernisse, Regelungen des Ein- und Ausgangs, Ausgabe von Medikamenten),
- Personalausstattung (Einhaltung des in der Pflegesatzvereinbarung zugrundeliegenden Pflegepersonalschlüssels) sowie die Qualifikation des Heimleiters,
- Organisation und Dokumentation,
- aktivierende Pflege und Betreuung (zur Erhaltung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten).

Wegen der Einzelheiten wird auf die als Anlage I beigefügte Stellungnahme des SM vom 26. Oktober 1988 (Seite 40) verwiesen.

Mit der nun eingeführten Überprüfung der Personalausstattung durch die Heimaufsichtsbehörden wird einer von den Zeugen Walter (P 4/6) und Becker (P 4/20) für die kommunalen Kostenträger erhobenen Forderung entsprochen, in stärkerem Maße sicherzustellen, daß das über Pflegesätze kostendeckend bezahlte Personal auch tatsächlich in den Heimen vorhanden ist.

Unter Hinweis auf das Anhörungsverfahren zum Kriterienkatalog bekundete der Zeuge Dr. Kilian (P 3/22), daß nahezu alle Verbände den Vor-

gang „Kriterienkatalog“ begrüßt hätten. Lediglich die Verbände der privaten Altenheime hätten sich negativ geäußert. So habe der Verband der privaten Altenheime Baden-Württemberg erklärt:

„Der Entwurf des Kriterienkatalogs geht über das hinaus, was an Eingriffsverwaltung nach dem Heimgesetz und der Landesverordnung von 1970 vorgesehen ist. Dies ist im Erlaßwege rechtlich nicht zulässig. Wir müssen deshalb den Erlaß ablehnen“ (P 3/26).

Nach Auffassung des Zeugen Dr. Kilian hat das Anhörungsverfahren gezeigt, daß die Vorstellungen der privaten Altenheime über die Personalausstattung „total überholt sind und auf alte Rechtsgrundlagen zurückgehen, obwohl man über die längst hinausgegangen ist“ (P 4/57).

#### dd) Heimmindstbauverordnung

Im Rahmen der Ermächtigung des § 3 Ziffer 1 HeimG wurden durch die Heimmindstbauverordnung vom 3. Mai 1983 (BGBl. I, S. 550) die baulichen Mindestanforderungen (Wohnflächen unter anderem) an die dem Heimrecht unterliegenden Einrichtungen im einzelnen geregelt.

#### ee) Heimsicherungsverordnung

Mit der auf § 14 Abs. 4 HeimG beruhenden Heimsicherungsverordnung vom 24. April 1978 (BGBl. I, S. 553) hat die Bundesregierung die Pflichten der Heimträger bei der Entgegennahme von Leistungen zum Zwecke der Unterbringung eines Bewohners oder Bewerbers konkretisiert.

#### ff) Heimmitwirkungsverordnung

Mitbestimmungsmöglichkeiten von Heimbewohnern sind in der Heimmitwirkungsverordnung vom 19. Juli 1976 (BGBl. I, S. 1819) geregelt, die aufgrund der in § 5 Abs. 5 HeimG enthaltenen Ermächtigung ergangen ist. Diese Verordnung sieht einen Heimbeirat – bestehend aus Bewohnern – vor, der bei allen, nicht nur bei sozialen Fragen mitwirkt.

#### (1) Bedeutungsgehalt des Mitwirkungsbegriffs

Die Mitwirkung des Heimbeirats besteht nach § 25 der Heimmitwirkungsverordnung darin, „Maßnahmen des Heimbetriebs, die den Bewohnern der Einrichtung dienen, bei der Leitung und dem Träger der Einrichtung zu beantragen, Anregungen und Beschwerden von Bewohnern entgegenzunehmen und erforderlichenfalls die Verhandlung mit dem Leiter oder in besonderen Fällen auch mit dem Träger aufzunehmen, die Eingliederung der Bewohner in die Einrichtung zu fördern etc.“ Eigene Rechts- oder Parteifähigkeit besitzt der Heimbeirat nicht. „Er kann sich deshalb sowohl den Trägern als auch den Mitbewohnern gegenüber nur durch Überzeugung von der Richtigkeit seiner Anliegen Gehör verschaffen. Der persönlichen und fachlichen Qualifikation von Heimbeiräten kommt somit eine besonders gewichtige Bedeutung zu“ (Zeugin Schnatterer, P 23/94).

Unabhängig von einer gesetzlichen Regelung wird nach Angaben des Zeugen Hörermann im Bereich des Diakonischen Werkes Württemberg praktiziert, daß bei jeder Heimbegehung durch die Heimaufsichtsbehörde ein Gespräch mit dem Heimbeirat ohne Anwesenheit des Heimleiters und des Trägervertreters stattfindet:

„In der Zwischenzeit hat es sich als ein sehr hilfreiches – für beide Seiten – Verfahren eingespielt. Dort kann man, wenn man eine sehr ruhige Atmosphäre dann schaffen kann, sehr viel und sehr offen mit

den Heimbeiräten besprechen und das eben auch nachher weitergeben. Diese Form der Anhörung bewährt sich außerordentlich gut“ (P 25/54).

## (2) Probleme in der Praxis

In der Praxis funktioniert die Heimbeiratslösung alter Prägung nicht mehr überall, weil entweder die Wahl der Heimbeiräte nicht zustande kam oder dessen tatsächliche Mitwirkung hinter der gesetzlichen Intention zurückbleibt.

Für den Caritasverband der Erzdiözese Freiburg e. V. erklärte die Zeugin Schnatterer bei der Beweisaufnahme am 6. April 1990, daß schätzungsweise weniger als 20 % der im Caritasverband angeschlossenen Einrichtungen über keinen Heimbeirat verfügen. Als Gründe für das Nichtzustandekommen eines Heimbeirats führte die Zeugin (P 23/83 ff.) im wesentlichen an:

- Das Kritik- und Vorschlagwesen ist den heutigen Heimbewohnern immer noch eine relativ fremde Gestaltungsart, da sie im Rahmen ihrer Biographie nur sehr wenig fördernde und demokratische Erziehungs- wie auch Gesellschaftsprozesse miterleben konnten (ebenso: Zeuge Effler, P 25/46);
- die langsam aber sicher retardierenden körperlichen und auch mentalen Fähigkeiten im Alter stellen für viele Pflegebedürftige eine tatsächliche Zusatzbelastung dar, sich noch entsprechend zu engagieren und ihre wie auch die Anliegen anderer Menschen zu vertreten;
- die in den Heimen bestehenden Machtstrukturen und Abhängigkeitsverhältnisse sowie die damit verbundenen Ängste vor eventuellen Benachteiligungen oder anderen Folgekonsequenzen führen dazu, daß „man lieber schweigt und sich auch zurückhält“;
- der hohe Grad an Pflegebedürftigkeit vieler Heimbewohner und die kurze Verweildauer (zirka 40 bis 80 % der Heimbewohner sterben jährlich) bewirken einen reduzierten Zukunftsausblick mit der Folge, daß aufgrund des immer näher tretenden Todes „eine Art Rückzug von äußeren Gegebenheiten“ festzustellen ist;
- die hohe Zunahme an desorientierten alten Menschen, deren Anteil derzeit zirka 60 % der dem Caritasverband angeschlossenen Einrichtungen ausmacht.

Im Bereich des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V. sind nach Angaben des Zeugen Hörrmann zwar in allen 124 Einrichtungen Heimbeiräte gewählt; Probleme bestehen jedoch bei deren tatsächlichen Mitwirkung. Diese ist wesentlich von der Unterstützung seitens der Heimleitung abhängig, da das Durchschnittsalter der Heimbeiratsvorsitzenden bei zirka 80 Jahren liegt, die Kontinuität der Heimbeiräte trotz der kurzen Wahlperiode von 2 Jahren wegen des Durchschnittsalters von 82 bis 84 Jahren nicht sehr groß und es schwierig ist, Heimbewohner für die Heimbeiratstätigkeit zu gewinnen (P 25/50; ebenso: Zeuge Effler, P 25/41). Dagegen haben sich nach Angaben des Zeugen Hörrmann die Bildung lokaler Beiräte bewährt. Diese setzen sich aus Persönlichkeiten der jeweiligen Gemeinde zusammen und begleiten die Arbeit der Heimleitung sowie der Heimbeiräte (P 25/51).

## (3) Vertretung schwerstpflegebedürftiger und dementer Heimbewohner

Die in der Praxis wohl am häufigsten praktizierte Vertretung Schwerstpflegebedürftiger dürfte wohl so aussehen, daß „aktive, rüstige Heimbewohner die Interessen der Bewohner im Pflegeheim wahrnehmen“ (Zeuge Hörrmann, P 25/52).

Die Vertretung von schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern erfolgt nach Angaben der Zeugin Schnatterer nach drei Modellen:



- Selbstvertretung der Schwerstpflegebedürftigen, die unterstützende Hilfssysteme voraussetzt, zum Beispiel indem Heimbeiratssitzungen in Bewohnerzimmern durchgeführt oder daß ein Mitarbeiter abgestellt wird, der die Rollstuhlbegleitung und die Koordination der Sitzung übernimmt;
- Bewohnerpatenschaften: Die Mitglieder eines Heimbeirats übernehmen für neueinziehende Heimbewohner deren Interessenvertretung;
- Wohnbereichspatenschaften: Jedes Mitglied eines Heimbeirates übernimmt die Interessenvertretung für einen bestimmten Wohnbereich oder eine Pflegestation.

Bei dementen Heimbewohnern werden nach Angaben des Zeugen Hörrmann indirekte Formen der Mitwirkung, insbesondere „nonverbaler Art“ (Zeuge Effler, P 25/42), beobachtet:

„... vor allem dort, wo wir diese verwirrten Alten nicht ganz trennen von den übrigen Pflegebedürftigen, wo wir also die stockwerksbezogenen Wohnungen haben. Und da beobachten wir, daß nicht demente, aber pflegebedürftige Heimbewohner, vielleicht auch Heimbeiräte, Pflegemitarbeiter, gelegentlich auch Angehörige bei der Gestaltung des Alltagsgeschehens für diese kranken Patienten sehr stark mitwirken und daß sich dadurch die Dementen auch ansprechen lassen, sie sich noch als dazugehörig erleben und über diese Weise eine indirekte Form der Mitbeteiligung und Mitbestimmung dann auch noch notwendig ist, wenn auch in einem kleinen Restraum“ (P 25/53).

#### (4) Gesetzesnovelle

Der Entwurf eines neuen HeimG sieht angesichts der tatsächlichen Schwierigkeiten bei der Heimbeiratslösung alter Prägung vor:

„Für die Zeit, in der ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann, werden seine Aufgaben durch einen Heimfürsprecher wahrgenommen. Der Heimfürsprecher wird von der zuständigen Behörde bestellt. Seine Tätigkeit ist unentgeltlich und ehrenamtlich. Die zuständige Behörde kann von der Bestellung eines Heimfürsprechers absehen, wenn die Mitwirkung der Bewohner auf andere Weise gewährleistet ist“ (BT-Drucksache 11/5120, S. 4).

Soweit der Gesetzentwurf die Bestellung eines Heimfürsprechers vorsieht, wird dies vom Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg „grundlegend begrüßt“. Daß dieser Heimfürsprecher von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde bestellt werden soll, wird dagegen „sehr skeptisch“ (P 23/87) und vom Diakonischen Werk Württemberg als „verfassungsrechtlich bedenklich“ (P 25/58) betrachtet.

Bedenken an einer behördlichen Bestellung bestehen nach Auffassung der Zeugin Schnatterer deshalb, weil es „fraglich bleibt, ob zwischen dem Heimfürsprecher vom Ordnungsamt und den Heimbewohnern ein tatsächliches Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann“ (P 23/88). Auch dürfte ein staatlich bestellter Heimfürsprecher angesichts seines Ausbildungsstandes und seiner alltäglichen Berufserfahrung mit Sicherheit etwas überfordert sein, insbesondere die Situation verwirrter alter Menschen richtig zu interpretieren. Auch sei der Rollenkonflikt eines staatlich bestellten Heimfürsprechers nicht zu vergessen, dem einerseits die Interessenvertretung der ihm anvertrauten alten Menschen obliegt und andererseits eine gewisse Nähe zur Kostenträgerseite besteht (P 23/89).

Von seiten des Caritasverbandes wird deshalb die Möglichkeit begrüßt, künftig von der Bestellung eines Heimfürsprechers abzusehen, wenn die Mitwirkung der Bewohner auf „andere Weise“, das heißt durch ein Ersatzgremium oder eine Ersatzperson wahrgenommen und sichergestellt wird. Nach Angaben der Zeugin Schnatterer (P 23/89) könnten in diesem

Rahmen folgenden Personen bzw. Gruppen das passive Wahlrecht übertragen werden:

- Personen, die dem Heimbewohner tatsächlich nahestehen, zum Beispiel Angehörige, Verwandte, besondere Freunde;
- Personen, die dem Heimbewohner tagtäglich nahestehen, zum Beispiel Pflegemitarbeiter;
- fachkompetenten Menschen aus der Altenarbeit, zum Beispiel vom Altenwerk, von den Wohlfahrtsverbänden etc.;
- Personen des öffentlichen Lebens, wie zum Beispiel Bürgermeister oder Stadträte etc. als Ombudsleute, damit Öffentlichkeit geschaffen wird.

## 2. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen

### a) Bettenkapazitäten

In Baden-Württemberg standen zum 1. April 1987 rund 69 500 Plätze in stationären Altenhilfeeinrichtungen zur Verfügung (SM, Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 20 und 27), die sich wie folgt verteilen:

- Altenheime	= 27 719 Plätze
- Altenwohnheime und heimgelungene Wohnungen	= 8 671 Plätze
- Altenpflegeheime	= 32 825 Plätze
(davon in gerontopsychiatrischen Sondereinrichtungen)	= 2 605 Plätze)
- Tagespflegeheime	= 139 Plätze
- gerontopsychiatrische Tagesstätten	= 40 Plätze.

### b) Bedarfsdeckung

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 21) besteht rein rechnerisch bereits heute landesweit ein Überangebot an Altenheimplätzen. Trotzdem können in Einzelfällen geringe Wartezeiten auftreten, die auf regionalen Versorgungsunterschieden beruhen.

Die Anzahl der Pflegeplätze ist in den letzten 10 Jahren nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 28. November 1988, S. 24) verdoppelt worden. Von 1985 bis 1987 hat der Bestand an Pflegeplätzen um über 3 000 Plätze zugenommen.

Dennoch ist derzeit ein Fehlbedarf an Pflegeplätzen insbesondere noch in den Ballungszentren zu verzeichnen. Quantitative Angaben hierzu lagen dem Untersuchungsausschuß nicht vor.

Der Zeuge Graf (P 12/26, 31) sah ein Hauptproblem der Bedarfsdeckung darin, eine ausreichende Anzahl von Pflegeplätzen nicht nur in den Ballungsgebieten, sondern generell vor Ort zu schaffen, nämlich dort den älteren pflegebedürftigen Menschen unterzubringen, „wo er an sich sein Leben verbracht hat, nämlich in der Stadt, in der er praktisch vielleicht von Kindheit an gelebt hat“.

### c) Standortverteilung

Die Frage nach einem Stadt-Land-Gefälle hinsichtlich der Standortverteilung stationärer Einrichtungen wurde von den Zeugen unterschiedlich beantwortet:

Nach den Bekundungen des Zeugen Frank (P 14/61) sind im Großstadtbereich 30 Prozent der Altenheimplätze und 50 Prozent der heimverbundenen Wohnheimplätze loziert. Obwohl der Bevölkerungsanteil in den Großstädten nur zirka 20 Prozent der Gesamteinwohnerzahl Baden-Württemberg beträgt, vertrat er die Auffassung, „daß man aus diesem Umstand nicht darauf schließen kann, daß die Heimplätze an der falschen Stelle stehen. Die Heimplätze sind in der Vergangenheit dort entstanden, wo in der Tat die Belegungen stattgefunden haben. . . . Auch ist es immer eine zentral örtliche Aufgabe gewesen, ein Heim zu haben“.

Im Unterschied hierzu meinte der Zeuge Dr. Seitter (P 15/62):

„Das Land ist in der Tat eindeutig benachteiligt, denn die meisten Heimplätze muß man sich doch in größeren Orten suchen, das heißt, man muß weg von seiner bisherigen Wohnstätte.“

Auf die weitere Frage, durch welche Maßnahmen dies verhindert oder abgebaut werden könne, erklärte er:

„Betriebswirtschaftlich interessant sind Großheime möglichst ab 80 Plätzen . . . nun aber gibt es ein Wunder im Lande: Daß es zahlreiche kleine Heime gibt mit 20 Plätzen, 25 Plätzen, 30 Plätzen, also unsere Durchschnittsgröße sind 50 Plätze, die, obwohl sie diesen Mindestleistungsbereich, den optimalen Bereich nicht erreichen, ganz hervorragend versorgen. Und dieses Wunder hat eine Lösung: In einem kleinen Heim überwiegt der persönliche Bezug, und wo dieser persönliche Bezug ist, da wird hervorragend gepflegt. Und deshalb ist meine Meinung, wenn Sie mich fragen, wie man dieses Stadt-Land-Gefälle ausgleichen kann: Dann muß man diesen kleinen Heimen gerecht werden. Und das ist im Augenblick nicht der Fall (Anm.: aufgrund der Praxis der Heimaufsichtsbehörden).“

Auch der Zeuge Abelein (P 14/89) bejahte ein Stadt-Land-Gefälle und führte dies darauf zurück, daß Träger großer Einrichtungen die Städte bevorzugen, da dort unter Berücksichtigung der 39-Stunden-Woche die nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten erforderliche Größenordnung von mindestens 70–80 Pflegebetten erreicht werden kann. Dagegen hat sich im ländlichen Bereich die familiäre Einrichtung mit Privatinitiative mit einer Durchschnittsgröße von zirka 50 Betten (insgesamt 10 630 Betten von 232 privaten Heimträgern) etabliert, bei der Unternehmen weit über die 40-Stunden-Woche hinaus arbeiten.

#### d) Bedarfsentwicklung

##### aa) Landesweite Bedarfsvorausschätzung

Für die Platzkapazitäten der Altenpflegeheime und der Altenheime haben die Landeswohlfahrtsverbände und kommunalen Landesverbände seit 1987 eine umfassende Bedarfsvorausschätzung entwickelt. „Danach sind bis zum Jahr 2000 rund 14 000 zusätzliche Pflegeheimplätze erforderlich (ebenso SM, Stellungnahme vom 28. November 1988, S. 24), wovon 5 000 durch Neubau und 9 000 durch die Umwandlung von (überzähligen) Altenheim- und Pflegeplätzen geschaffen werden sollen“, bekundete der Zeuge Dr. Jopen (P 15/2).

Grundlage für die Bedarfsvorausschätzung war eine differenzierte Betrachtung der Altersgruppen und die im Zusammenhang stehende prognostizierte Entwicklung (Zeugen Axtmann, P 13/4, und Frank, P 14/65):

- Getrennt nach Stadt- und Landkreisen sind sogenannte altersgruppenspezifische Bedarfseckwerte eingeführt worden, die zwischen den kommunalen Landesverbänden sowie mit dem Landeswohlfahrtsverbänden, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege sowie mit dem Sozialministerium abgestimmt werden.

- Der altersspezifische Heimplatzbedarf wurde auf der Grundlage von empirischen Erhebungen, die in Rheinland-Pfalz und Bayern gemacht worden sind, geschätzt: Danach sind die Ältesten in den Heimen am stärksten vertreten bezogen auf ihre Gesamaltersgruppe. Der unterschiedliche Heimversorgungsbedarf stuft sich zwischen 65 und oberhalb von 85 Jahren auf. Diese Prozentzahlen, bezogen auf die Gesamaltersgruppe, wurden der zukünftigen Planung bis zum Jahr 2000 zugrunde gelegt.
- Der künftige Pflegeheimbedarf wurde mit Hilfe der aus der Sozialhilfestatistik erhobenen Quoten „ $\frac{2}{3}$  Pflegefälle im Heim“ und „ $\frac{1}{3}$  schlichte Altenheimfälle“ in die Zukunft hinein mit der Prognose der Bevölkerungszahl fortgeschrieben. Dies ergab den obengenannten Bedarf von zirka 14 000 Altenpflegeheimplätzen bis zur Jahrtausendwende.
- Beim Altenheim wurde die Erwartung hineingeplant, daß im Landkreisbereich in den nächsten 10 bis 15 Jahren ein Minderbedarf gegenüber dem Status von 1986 eintreten wird. Danach sollen von rund 27 000 Altenheimplätzen in Baden-Württemberg im Jahr 2 000 voraussichtlich  $\frac{1}{3}$  nicht mehr als Altenheimplätze notwendig sein, weil die Menschen bis dahin andere ambulante Versorgungsmöglichkeiten in ihrer eigenen häuslichen Umgebung haben werden. Dagegen wurde für den Stadtkreisbereich aus strukturellen Überlegungen, die zum Beispiel in die Sozialhilfedichte hinüberspielten, die Quote von  $\frac{1}{3}$  der Altenheimversorgungen aufrechterhalten.

#### bb) Umsetzung auf kommunaler Ebene

Diese an einer landesweit flächendeckenden Versorgung orientierten Bedarfswerte müssen jeweils bei der Landkreis- und bei der Stadtkreisplanung im einzelnen umgesetzt werden.

Die Bedarfsüberlegungen vor Ort (= auf Kreisebene) orientieren sich nach Bekundungen des Zeugen Seeh (P 14/6) an den Beobachtungen und Nachfragen bei den freien Einrichtungsträgern sowie den Berechnungsempfehlungen der kommunalen Landesverbände sowie des ‚Kuratoriums Deutsche Altershilfe‘.

„Aber wir stellen immer wieder fest, daß diese Prozentzahlen eigentlich im Grunde in der Realität nur eine begleitende Hilfe sein können und daß ansonsten die Initiative von der Planungshoheit der Kommune und des Landkreises ausgehen muß“, ergänzte der Zeuge Seeh (a. a. O.).

Zur kreisübergreifenden Bedarfsplanung meinte der Zeuge, daß zwar ein Meinungsaustausch zwischen den Gebietskörperschaften stattfindet, „aber von einer gezielten gemeinsamen Sozialplanung kann nicht gesprochen werden“ (P 14/5).

Bedauernd fügte er hinzu:

„Die ersten Ansätze, die wir bei den Regionalverbänden einmal gemacht haben, als wir beim Regionalplan einen Sozialplanteil aufgestellt haben, sind nun durch den Gesetzgeber wieder rückgängig gemacht worden. Die Sozialplanung wurde den Regionalverbänden entzogen. Dies war der erste Ansatz, ein bißchen über die Stadt- oder Landkreisgrenzen hinaus zu schauen, um eine gewisse vernünftige Entwicklung in den Regionen durchzuführen.“

#### cc) Planungsunsicherheiten

Die Beweisaufnahme ergab Planungsunsicherheiten im Hinblick auf den Bedarf an Altenpflegeplätzen (1), an Kurzzeitpflegeplätzen und betreuten Altenwohnungen (2) sowie dem Bedarfsdeckungsbeitrag von freigewerblichen Heimen (3).

### (1) Bedarf an Altenpflegeplätzen

Nach Einschätzung des Zeugen Dr. Jopen handelt es sich bei den Zahlen der Bedarfsvorausschätzung um Mindestzahlen, da die Bedarfszahlen angesichts „der Volkszählungsergebnisse und der Daten aus der neuen Altenhilfestatistik . . . nach oben korrigiert werden müssen.“

Klarstellend wies der Zeuge Dr. Jopen (P 15/3) darauf hin,

„daß die Bedarfsvorausschätzung nur der bestmögliche Indikator für den zukünftigen Bedarf ist, nicht dagegen eine unumstößliche objektive Größe.“

Der Bedarf an Altenpflegeheimen ist unmittelbar davon abhängig, in welchem Umfang die Familien ihre Angehörigen in der häuslichen Umgebung pflegen.

Hierzu erklärte der Zeuge Dr. Reichert (P 17/6):

„Wenn wir für die Familie nicht mehr tun als bisher, dann werden wir nachher die bloßen Wunder erleben, weil nämlich dann ein Einbruch kommt. Denken Sie nur, wenn 5 % in der Familie weniger gepflegt würden, was das an Altenpflegeheimen bedeutete.“

Keinen zusätzlichen Bedarf an weiteren Altenpflegeheimen, sondern an Rehabilitationseinrichtungen sah der Zeuge Junker (P 15/34):

„Wir werden also in diesen Pflegeheimen eine Art krankenhaushähnlichen Zustand bekommen. . . . Heute wird er (Anm.: der schwerstpflegebedürftige Mensch) zum Pflegefall gemacht in der Medizin oder von der Medizin und wandert dann in die Pflegeheime. Dort ist die Personalausstattung nicht geeignet, um Rehabilitationsmaßnahmen zu bewerkstelligen. Wir denken deshalb, daß also die Rehabilitation über den Ansatz der geriatrischen Kliniken, die es in unserem Land schon an drei Stellen gibt, aber für die es einen großen Nachholbedarf gibt, besser wäre, weil es aus unserer Erfahrung mit der Geriatrischen Klinik Esslingen so ist, daß wir 80 % der dort weiterbehandelten Menschen nach einer Akutbehandlung im Krankenhaus nach Hause entlassen können. Das bedeutet, es wird ihnen die letzte Stufe des Pflegeheimes erspart, und sie sind zu Hause wieder – mit Hilfen selbstverständlich, die in ambulanter Form da sind – durchaus betreubar.“

### (2) Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen und betreuten Altenwohnungen

Das Fehlen von Bedarfskriterien für den Bedarf an Altenwohnheimen und betreuten Altenwohnungen kritisierte der Zeuge Axtmann (P 13/5, bestätigend: Zeuge Dr. Jopen, P 15/3).

„Auch wenn es äußerst schwierig ist, über den Bedarf von altengerechten Wohnungen Aussagen zu machen, so sollten zumindest Kriterien benannt werden, die die Altersstrukturen, die Nachfrage nach den Altenwohnungen, den Versorgungsgrad mit Wohnungen, den Ausstattungs- und Wohnstandard und den Anteil alleinlebender Personen berücksichtigen als Kriterien zur Berechnung.“

### (3) Bedarfsdeckungsbeitrag freigewerblicher Heime

Freigewerbliche Heime werden bei den Bestandszahlen zwar mitgerechnet. Es besteht jedoch keine Gewähr dafür, daß ein derartiges Heim künftig nicht zu etwas anderem umgewidmet wird. Diese Gewähr besteht bei kommunalen oder frei gemeinnützigen Heimen in der Regel, weil bereits mit der Landesförderung und der kommunalen Mitförderung die Bedingung verknüpft ist, diese Zweckbindung aufrechtzuerhalten oder nur in Absprache mit dem Zuschußgeber für allenfalls adäquate Zwecke zu ändern. Hierzu erklärte der Zeuge Frank (P 14/74):

„Was im freigewerblichen Raum in diesem Versorgungsbereich geschieht, das kann nicht so (Anm.: durch den Koordinierungsausschuß) dirigiert werden, sondern allenfalls über die Schiene der Sozialhilfe, wo das Gesetz in § 93 Abs. 2 BSHG dem Sozialhilfeträger die Möglichkeit gibt, sein Etikett ‚von der Sozialhilfe anerkannt‘ – möchte ich einmal sagen – zu verweigern, weil das betreffende Vorhaben nicht in seine Planungen hineinpaßt, und weil es nicht in wirtschaftlicher Hinsicht dem üblichen entspricht.“

Aufgrund der bestehenden Gewerbefreiheit können Heime jedoch auch bei fehlendem Plazet des Sozialhilfeträgers nach § 93 Abs. 2 BSHG errichtet werden. Nach den Bekundungen des Zeugen Dr. Seitter (P 4/111) planen die privaten Heimträger ohne Bedarfsvereinbarungen mit der öffentlichen Hand „schon aus eigenem Interesse“ faktisch nur entsprechend dem tatsächlichen Bedarf.

e) Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes auf den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen

Nach dem Gesundheitsreformgesetz (§ 56 SGB V) haben Schwerpflegebedürftige Anspruch auf Übernahme der gesamten häuslichen Pflege für 4 Wochen im Jahr, wenn die Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus einem sonstigen Grund ausfällt. Anstelle der häuslichen Krankenpflege können auch die Kosten einer stationären Kurzzeitpflege bis zu der Höhe übernommen werden, die bei häuslicher Pflege entstanden wären (vgl. hierzu auch die Darlegungen unter V. 2. f.).

Die Auswirkungen dieser Leistungen auf die Nachfrage und damit den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen lassen sich derzeit noch nicht verlässlich absehen, da weder die Höhe der Inanspruchnahme noch der Anteil an ambulanter Versorgung sicher bestimmt werden kann.

Zu den Schwierigkeiten, den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen zu prognostizieren, führte der Zeuge Dr. Hummel aus:

„Es ist kein statistisch empirisches Problem. Es gibt ja eine bundesweite Untersuchung zur Kurzzeitpflege, wo man etwa davon ausging, mit einer ganz vorsichtigen Zahl, daß 4 % der jetzigen stationären Plätze Kurzzeitangebote sein müßten. . . . Das ist deshalb so schwierig, weil wir in der Altenpflege vor dem eigentlichen zentralen Problem stehen, das vermutlich kein Ausschuß untersuchen kann, nämlich die Pflegequalität in Familien. Denn 80 % der Pflege passiert in Familien, und Familien greifen derzeit noch kaum auf diese Dienste zurück, und das aus vielen Gründen, die außerordentlich kompliziert und vielfältig sind. . . . Man denke etwa an die Öffnungszeiten von Tages- und Kurzzeitpflege, man denke an die Kosten dieser Struktur, man denke an die Mischfinanzierung zwischen Pflegegeld, Sozialhilfe, Investitionssubventionen. Man denke an den Bekanntheitsgrad, man denke an das fachliche Vertrauen, auch an das schlechte Gewissen von Angehörigen – etwas, was inzwischen, bundesweit und wissenschaftlich untersucht, in Familien ein erhebliches Problem darstellt“ (P 20/8).

Tendenziell kann jedoch davon ausgegangen werden, daß die Nachfrage über die derzeit verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze hinausgehen wird. Nach Einschätzung des Zeugen Dr. Hummel „haben wir nicht in annäherungsweise Zahl die Kurzzeitpflegeplätze, die vermutlich abgerufen werden ab 1990/91 mit Hilfe des GRG. . . . Deshalb kümmern sich derzeit nach meiner Beobachtung auch private Anbieter verstärkt darum, was bekanntlich in der Politik etwas Kopfzerbrechen macht, weil wir den Vorrang der freien Träger haben“, ergänzte er (P 20/7).

Ein mangelndes Problembewußtsein der Krankenkassen beklagte der Zeuge Dr. Jopen:

„Wir (Anm.: die Landeswohlfahrtsverbände) haben auch den Eindruck, daß die nach dem GRG vorgesehenen Kostenträger, nämlich die Krankenkassen, diesbezüglich noch nicht das ausreichende Problembewußtsein für die erforderlichen Platzkapazitäten haben. Wir empfehlen den Einrichtungen, daß Kurzzeitplätze im Verbund mit bestehenden Dauereinrichtungen angeboten werden. Da die durchschnittliche Verweildauer auf derartigen Plätzen definitionsgemäß recht gering ist, könnte mit nur relativ wenigen Plätzen bereits eine recht hohe Kapazität zur Verfügung gestellt werden“ (P 15/8).

### 3. Finanzierung der Investitionen

Bei der Investitionsfinanzierung kommt dem Koordinationsausschuß für Investitionen der Altenhilfe (vgl. hierzu: Bekanntmachung des SM vom 27. November 1986, GABl. 1987, S. 97) eine Schlüsselstellung zu: Das Land Baden-Württemberg fördert ausschließlich Investitionen in kommunaler oder freigemeinnütziger Bauträgerschaft, sofern der Koordinierungsausschuß eine Förderempfehlung ausgesprochen hat. Auch werden Maßnahmen der Altenhilfe von freigemeinnützigen und kommunalen Einrichtungen faktisch nur erstellt, wenn eine Empfehlung des Landeskoordinierungsausschusses vorliegt (Zeuge Dr. Jopen, P 15/5).

#### a) Koordinierungsausschuß

Der Koordinierungsausschuß beurteilt die Planung sowie den (Um-)Bau von Heimen und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe und Einrichtungen für Personen mit besonderem sozialen Bedarf (§ 72 BSHG) und prüft hierbei vornehmlich, ob

- ein Bedarf für die geplante Maßnahme besteht, der sich auch an der mittel- und längerfristigen Entwicklung orientiert (zur Bedarfsplanung, vgl. unter VI. 2. d. aa),
- Standort und bauliche Konzeptionen (vgl. unten bb) den vorgegebenen Anforderungen entsprechen,
- Finanzierung und Bauausführung unter besonderer Berücksichtigung der Folgekosten als wirtschaftlich angesehen werden können
- und in welchem Umfang sich strukturelle Änderungen einer Einrichtung auf das Platzangebot und die Pflegesätze auswirken.

Der Koordinierungsausschuß ist paritätisch aus Mitgliedern der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg sowie kommunalen Landesverbänden und den Landeswohlfahrtsverbänden sowie einem Vertreter des SM besetzt. Verbände der privaten Alten- und Altenpflegeheime werden hier nicht beteiligt, da die privat-gewerblichen Träger die Bedarfsfeststellungen des Landes und der kommunalen Verbände nicht als für sie verbindlich anerkennen.

Der Zeuge Abelein kritisierte pauschal die Nichtbeteiligung der privaten Träger bei der Planung. Seiner Auffassung nach bedeutet dies eine „Benachteiligung sowohl zu Lasten der privaten Einrichtungen als auch zu Lasten der zu pflegenden und zu versorgenden älteren Menschen, obwohl gerade Privatinitiativen sehr viel Schwierigkeiten in dem Bereich helfen beseitigen könnten“ (P 14/92).

Wegen der Aufgaben des Koordinierungsausschusses, dem Verfahren sowie den maßgeblichen Bewertungskriterien im einzelnen wird auf die ausführliche Darstellung in der als Anlage I beigefügten Stellungnahme des SM vom 26. Oktober 1988 verwiesen.

Der Zeuge Frank erklärte für den Landkreistag Baden-Württemberg, daß aufgrund des vom Koordinierungsausschuß praktizierten Planungs- und Bewilligungsverfahrens erreicht worden sei, „daß (Anm.: seit der Konstituierung des Koordinierungsausschusses im Jahre 1976) nichts Unnötiges entstanden ist“ (P 14/65).

Der Zeuge Dr. Jopen bestätigte diese positive Gesamteinschätzung, indem er erklärte:

„Trotz nicht unerheblicher Konflikte in diesem Ausschuß in der Vergangenheit hat sich dieses Instrument bewährt. Ich kann sagen, daß andere Bundesländer uns um dieses Verfahren beneiden“ (P 15/5).

Dagegen kritisierte der Zeuge Oswald, daß das gesamte Bewilligungsverfahren zu lange dauere; denn „bis es zur Auszahlung der Gelder kommt, sind Planungen und Kostenfestlegungen längst überholt“ (P 4/115).

#### b) Bauliche Ausstattung

Die bauliche Ausstattung stationärer Einrichtungen der Altenhilfe wird in erster Linie von der diesen Einrichtungen zugrunde liegenden Konzeptionen und vom jeweiligen Selbstverständnis des Trägers bestimmt (Zeuge Dr. Richter, P 3/78, sowie SM, Stellungnahme vom 26. Oktober 1988, S. 16 f.). Bei der öffentlichen Förderung von Neubau-, Umwandlungs- und Sanierungsmaßnahmen von stationären Altenhilfeeinrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege werden die in der Heimmindestbauverordnung (vgl. VI. I. b. dd) festgelegten – zwischenzeitlich jedoch überholten – Mindestanforderungen erheblich überschritten.

Diesbezüglich hat der Koordinierungsausschuß eine Reihe von Grundsatzbeschlüssen gefaßt und ist nach Angaben des Zeugen Dr. Kilian (P 3/31, 44) auch zu einer „ganz bestimmten geronnenen Praxis gelangt“: Während nach der Mindestbauverordnung noch die Möglichkeit besteht, bis zu Vierbettzimmern einzurichten, soll nach der Verwaltungspraxis des Koordinierungsausschusses ein Heim zur Hälfte mindestens Einbettzimmer und zur anderen Hälfte Zweibettzimmer aufweisen. Auch reicht nach der Mindestbauverordnung für eine einzelne Person eine Wohnfläche von 12 qm hinter dem Zimmerabschluß, während die Praxis des Ausschusses mindestens 20 qm für eine Person vorsieht.

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 31) streben auch die privaten Träger überwiegend einen Standard an, der demjenigen der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege und damit der Praxis des Koordinierungsausschusses entspricht.

Wegen der Grundsatzbeschlüsse des Koordinierungsausschusses zur baulichen Ausstattung wird auf die als Anlage I beigefügte Stellungnahme des SM vom 26. Oktober 1988 (S. 22 ff.) verwiesen.

Mit der Praxis des Koordinierungsausschusses wird ein gleichwertiger Ausstattungsstandard der stationären Einrichtungen sichergestellt.

Mit diesen baulichen Standards wurde nach Auffassung des Zeugen Dr. Jopen (P 15/7) „im Vergleich zu anderen Bundesländern ein hohes Niveau erreicht“.

Im Unterschied hierzu kritisierte der Zeuge Dr. Hummel insbesondere wegen der auch in Neubauten vorhandenen hohen Anzahl von Zweibettzimmern eine zu „klinische“ Ausstattung:

„Zweibettzimmer werden den Ansprüchen heutiger alter Menschen nicht gerecht. Übrigens nicht nur unter Gesichtspunkten der Wohnplatzqualität, sondern auch unter rein medizinischen, diagnostischen Gesichtspunkten der Krankheitsbilder, die dabei auftauchen. Man denke etwa an Demenz im Alter“ (P 20/4).



Erforderlich sei deshalb „diese Einrichtungsqualität neu zu überdenken, sich viel eher an Wohnstandards zu orientieren als an einem Pflegebegriff, den wir eigentlich nirgendwo sauber definiert haben“ (P 20/5).

Den besonderen baulichen Anforderungen verwirrter Heimbewohner werden stationäre Einrichtungen nach Angaben der Zeugin Wiesnagrotzki zum Teil nicht gerecht:

„Sie (Anm.: die Heime) haben dadurch, daß man dem Brandschutz und wer weiß was alles Rechnung tragen muß, überall Ausgänge und überall Treppenhäuser. Für einen Verwirrten ist das eine außerordentlich günstige Gelegenheit davonzulaufen, weil er ja nicht weiß, wohin er will und was er tut“ (P 16/18).

Sie forderte deshalb in Zukunft stationäre Einrichtungen zu schaffen, die „einen gemeinsamen Ausgang bieten und auch einen zweiten Ausgang in einen geschlossenen Garten, wo man aus dem Garten nicht ohne weiteres weglaufen kann“ (a. a. O.).

#### c) Finanzierungsanteile

##### aa) des Landes

Der Umfang der finanziellen Landesförderung hängt von der Art der investiven Maßnahme ab:

(1) Für den Bau (Erwerb)/Erweiterung/Sanierung von **Altenwohnheimen** und **Altenheimen** beträgt der Zuschußanteil 15 v. H. der zuwendungsfähigen Herstellungskosten, die auf höchstens 140 000 DM je Heimplatz begrenzt sind.

(2) Für die Einrichtung von **Kurzzeitpflege- und Tagespflegeplätzen** beträgt der Zuschußanteil 30 v. H. Die zuschufähigen Kosten sind jedoch unterschiedlich festgelegt: 140 000 DM je Kurzzeitpflegeplatz und 77 000 DM je Tagespflegeplatz.

(3) Für den Bau (Erwerb)/Erweiterung/Sanierung von **Altenpflegeheimen** sowie für die Umstrukturierung von **Altenheim- in Altenpflegeheimplätze** und der Umwandlung von **Krankenhaus- in Pflegeheimbetten** beträgt die Zuschußquote 30 v. H. auf die zuwendungsfähigen Herstellungskosten für einen neuen Heimplatz, die im Jahr 1985 von 100 000 DM auf 140 000 DM angehoben wurden. Im Ergebnis bedeutet dies eine Erhöhung des Landeszuschusses von 30 000 DM auf 42 000 DM je Pflegeplatz. Die damit bewirkte günstigere Heimplatzfinanzierung schlägt sich letztlich in geringeren Pflegekosten und -sätzen der Einrichtung nieder (vgl. hierzu die Ausführungen unter VI. 4. a + b).

#### (4) Fördervolumen in den Jahren 1987–1990

Die Förderung des Landes betrug nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 28. November 1988, S. 27) in den Jahren

1987:	36 Millionen DM
1988:	38,4 Millionen DM

und soll laut Stellungnahme des SM vom 6. Juni 1989 (S. 10) erhöht werden in den Jahren

1989: auf	48,5 Millionen DM
1990: auf	45,1 Millionen DM.

Der Zeuge Seeh (P 14/7) kritisierte, daß der Fördertopf des Landes bereits für einige Jahre im voraus ausgebucht ist, obwohl der Koordinierungsausschuß nach Prioritäten plant. Er forderte deshalb die finanziellen Mittel des Landes zu verstärken.

(5) Erhöhung der Landeszuschüsse

Auf die Frage nach der Notwendigkeit einer Erhöhung der Landeszuschüsse meinte der Zeuge Dr. Richter (P 3/72,75) bei der Beweisaufnahme am 8. Dezember 1988, man sollte es bei dem Zuschußsatz von 30 Prozent belassen; das Gesamtvolumen sei jedoch im Hinblick auf die enger werdenden oder enger gemachten kommunalen Finanzen erweiterungsbedürftig. Gleichzeitig warf er die Frage einer „Nachsubventionierung“ solcher Heime auf, die in einer Zeit errichtet wurden, als die Finanzierungsbedingungen sehr ungünstig waren und deshalb sehr hohe Zinssätze in den Pflegesätzen enthalten sind. Wenn die Pflegesätze über eine Nachsubventionierung gesenkt würden, könnten auch diese Einrichtungen den freierwerbenden Teil für Personalverbesserungen verwenden.

Der Zeuge Dr. Gerhardt (P 3/98) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß im Augenblick weniger die Frage der weiteren Ausweitung der Pflegeheime als vielmehr die der Personalgewinnung die größere Sorge sei. Eine gefährliche Entwicklung sei es, nur die Häuser, aber kein Personal zu haben.

Auf die Frage nach einer weiteren Erhöhung des Landesanteils von 30 v. H. bekundete der Zeuge Dr. Kilian (P 4/55) bei der Beweisaufnahme am 25. Januar 1989, eine weitere Anhebung sei gegenwärtig nicht beabsichtigt. In erster Linie werde die Landesregierung zusätzliche Mittel bereitstellen, um schwerpunktmäßig das Defizit an schätzungsweise 14 000 Pflegeplätzen bis zum Jahr 2000 zu beseitigen (vgl. hierzu die Ausführungen unter VI. 2. d. aa).

Mit seiner Stellungnahme vom 6. Juni 1989 (S. 10) kündigte das SM an, daß ab dem Haushaltsjahr 1990 der Fördersatz für die Investitionsförderung von Altenpflegeheimen von bisher 30 v. H. auf 40 v. H. angehoben werden soll. Die Landesförderung wird sich damit um 14 000 DM auf bis zu 56 000 DM pro Pflegeplatz erhöhen.

Wörtlich heißt es hierzu:

„Die Landesregierung hat diese Verbesserung der Landesförderung, die vor allem auch zu einer Begrenzung der Pflegesätze beiträgt, als einen wesentlichen Beitrag des Landes in die Verhandlungen über die Verbesserung der Personalsituation in Einrichtungen der stationären Altenhilfe eingebracht, die nach dem 2. Spitzengespräch zwischen der Liga der freien Wohlfahrtspflege und den kommunalen Landesverbänden am 2. Juni 1989 mit einer Einigung in allen strittigen Punkten erfolgreich abgeschlossen werden konnten.“

Eine weitere Erhöhung der Quote hat das Land im Zusammenhang mit den obengenannten Verhandlungen nach Angaben des Zeugen Axtmann bereits „zugesagt“ (P 13/7).

Auf Nachfrage zum Grad der Sicherheit dieser „Zusage“ erklärte der Zeuge Axtmann:

„Den Kostenträgern waren die Zusagen oder die in Aussicht gestellten genügend, so daß wir daraus ablesen können, wenn es auch noch nicht zeitlich festzumachen ist, auch nicht in welcher Abstufung, es wird auch da zu einer weiteren Erhöhung als 40 Prozent kommen“ (P 13/12).

Nach den Bekundungen des Zeugen Dr. Jopen

„erscheint es der freien und der öffentlichen Wohlfahrtspflege im Hinblick auf die extrem steigenden Pflegesätze im Bereich der Pflege-

heime dringend geboten, den Fördersatz auf 50 Prozent anzuheben. Damit könnten für die zukünftig am meisten belasteten Einrichtungen, nämlich diejenigen mit neuen und sanierten Plätzen, Entlastungen in einer Größenordnung von 120 bis 240 DM pro Monat erzielt werden“ (P 15/4; im Ergebnis ebenso: Zeuge Junker, P 15/36).

Wegen des Junktims der stufenweisen Verbesserung des Personalschlüssels mit einer Anhebung der Landesförderung auf 50 v. H. wird auf die Darlehen unter VI. 4. b. cc (6) verwiesen.

#### (6) Kummulative Förderdarlehen

Kummulativ zu den nichtrückzahlbaren Zuwendungen (1)–(3) werden darlehensweise die Investitionen für Altenwohnheime und Altenheime sowie heimbezogene Personalwohnungen mit einem Höchstbetrag von 6 660 DM gefördert. Die Darlehensbewilligung setzt eine Förderempfehlung des Koordinierungsausschusses voraus. Entsprechend den Beschlüssen des Koordinierungsausschusses werden diese Mittel seit 1985 vorrangig zur Verminderung der Fremdkapitalaufnahme bei Vorhaben von Trägern verwendet, die insoweit bei ihrer Finanzierung einen überdurchschnittlich hohen Fremdkapitalanteil aufweisen.

Die Landesförderung betrug nach Angaben des SM in den Jahren 1987 und 1988 jeweils 1,45 Millionen DM. Für die Jahre 1989 und 1990 war eine Förderung in gleicher Höhe vorgesehen (Stellungnahme des SM vom 28. November 1988, S. 26).

#### bb) der Kommunen

##### (1) Allgemeines

Die kommunale Förderung bewegt sich je nach Leistungsfähigkeit der Gemeinden und Kreise zwischen 10 und 40 Prozent. Bei geringerer Förderung durch den Kreis springen häufig die Gemeinden ein. Auf diese Weise ergeben sich dort die vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern erwünschten 20 bis 30 Prozent kommunaler Beteiligung (Zeuge Dr. Jopen, P 15/5).

In der Regel beteiligen sich neben dem Land und dem Heimträger auch die jeweiligen Stadt- und Landkreise und zum Teil auch die Städte und Gemeinden an der Gesamtfinanzierung. Bei der Förderung von Altenhilfeeinrichtungen durch die Kommunen handelt es sich um eine kommunale Selbstverwaltungsangelegenheit. Eine einheitliche Förderpraxis der Kommunen im Sinne feststehender Finanzierungsanteile besteht daher nicht.

##### (2) Forderung nach einheitlicher Förderpraxis

Der Zeuge Oswald erhob für die Ligaverbände die Forderung, die Beteiligung der Kommunen genauso klar und eindeutig zu regeln wie die Beteiligung des Landes (P 4/115). Eine Empfehlung und Selbstbindung der Kommunen über eine angemessene Investitionsförderung und ein einheitliches Investitionsförderkonzept für Umstrukturierungsmaßnahmen von Altenheimen in Altenpflegeheimen ist nach Auffassung des Caritasverbandes für die Erzdiözese Freiburg dringend geboten (Zeuge Axtmann, P 13/6).

##### (3) Neuere Entwicklung

Zur neueren Entwicklung der kommunalen Mitfinanzierungspraxis berichtete der Zeuge Frank:

„Wir, der Landkreistag, haben im Jahr 1986 die letzte Erhebung darüber gemacht und haben festgestellt, daß schon ein Zurückfahren der

Komplementärförderung der Landkreise im Altenheimbereich zu verzeichnen war. Früher war es Usus, daß Landkreise im Altenheimbereich wie im Pflegeheimbereich eine Art Regelmitförderung gemacht haben. Da war schon ein Zurückfahren und eine Konzentration auf den Pflegeheimbereich festzustellen. Es war auch festzustellen, daß gegenüber früher mehr Kreise den Altenwohnheimbereich mitgefördert haben und sogar begonnen haben, betreute Altenwohnungen, die nicht heimverbunden sind, zu fördern“ (P 14/70).

#### (4) Kommunale Förderung privat-gewerblicher Einrichtungen

Hierzu erklärte der Zeuge Abelein:

„Leistungen der Kommunen hierzu gehen nur in den Bereich der eigenen Einrichtungen bzw. der freigemeinnützigen Träger. Private Träger haben die Umrüstung selbst zu übernehmen. Der Heimträger wird durch die Festschreibung von 95 Prozent Auslastung seiner Einrichtung von sich aus versuchen, die Einrichtung so zu führen bzw. anzupassen, daß die Auslastung gewährleistet bleibt. Ändert sich die Nachfrage, so haben sich die Einrichtungsträger eben danach auszurichten“ (P 14/93).

Verallgemeinernd kritisierte der Zeuge Abelein, daß die ausschließliche Konzentration staatlicher Planung und finanzieller Förderung auf wenige Träger „immer Nachteile gebracht, immer zu Kostensteigerungen und Kostenexplosionen geführt hat, wobei die Leistungen nicht davon beflügelt werden. Das Bundessozialhilfegesetz und die damit befaßten Behörden sind heute unseres Erachtens ein Bremsklotz einer Weiterentwicklung der Altenpflege“ (P 14/95).

Der Zeuge Dr. Seitter berichtete ergänzend:

„Offenbar liegt bei den Kommunen jetzt Interesse vor, auch kleine Heime (Anm.: 10–15 Plätzen) zu fördern, vorausgesetzt, man genehmigt sie überhaupt. Aber da legen sie sich andere Stellen wieder quer, die das nicht wollen“ (P 15/66).

#### cc) der Träger

Die finanzielle Förderung durch das Land und eine kommunale Komplementärförderung wird davon abhängig gemacht, daß der jeweilige Träger sich mit mindestens 10 Prozent Eigenkapital an der Investitionsmaßnahme beteiligt (Zeugen Frank, P 14/70, und Dr. Jopen, P 15/5).

Nach den Bekundungen des Zeugen Axtmann (P 13/6) liegt die tatsächliche finanzielle Beteiligung der Träger im Bereich der Altenwohnungen zwischen 30 und 50 Prozent und bei Altenpflegeheimen zwischen 10 und 25 Prozent. Daneben fließen auch kirchliche Mittel – zum Beispiel aus dem Diakoniefonds – in Bauvorhaben ein (Zeuge Dr. Jopen, P 15/5).

a) Pflegekosten: Höhe der Tagessätze und ihre Folgen

aa) in Altenheimen

In Altenheimen liegen die Tagessätze zwischen 50 und 65 DM. In den Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege werden – von Ausnahmen abgesehen – den Selbstzahlern und Sozialhilfeempfängern dieselben Pflegesätze in Rechnung gestellt (Zeuge Dr. Jopen, P 15/17).

Dagegen betragen sie in den privat-gewerblichen Heimen bei Selbstzahlern durchschnittlich 62 DM und bei Sozialhilfeempfängern lediglich 54 DM. Auf diesem Wege finanzieren nach den Bekundungen des Zeugen Dr. Seitzer (P 4/96) „die Selbstkostenzahler praktisch die Sozialhilfeempfänger indirekt mit, was nicht sein soll“ (ebenso Zeuge Abelein, P 14/100).

bb) in Altenpflege- und Tagespflegeheimen

In Tagespflegeheimen werden derzeit Pflegesätze von durchschnittlich 61 DM täglich berechnet und in Altenpflegeheimen bewegen sich die Pflegesätze zwischen 80 und 100 DM. Der durchschnittliche Pflegesatz von zirka 90 DM wird sich nach Einschätzung des Zeugen Dr. Jopen (P 15/17) „durch die verbesserten Personalschlüssel und den Tarifvertrag und die allgemeinen Steigerungen bis 1991 auf 110 bis 115 DM erhöhen, also innerhalb einer Zeitspanne von weniger als zwei Jahren ist mit einem Kostenschub von 600 bis 800 DM pro Bewohner und Monat zu rechnen“.

Wegen der Entwicklung der Pflegesätze wird auf die detaillierten Ausführungen unter VI. 4. b. dd verwiesen.

cc) Quote der Sozialhilfeempfänger

Landesweit liegt der Anteil der Bewohner, der ganz oder teilweise zur Deckung der Pflegekosten Sozialhilfe in Anspruch nimmt, in Baden-Württemberg bei rund 50 Prozent. Nach einer Erhebung des Landkreistages Baden-Württemberg war von diesen Sozialhilfeempfängern etwa jeder fünfte anfangs in der Lage, die Pflegekosten aus eigenem Vermögen oder laufenden Einkünften selbst zu bezahlen.

Wegen des zu erwartenden Anstiegs der Sozialhilfeempfängerquote wird auf die Ausführungen unter VI. 4. b. dd (4) verwiesen.

dd) Maßnahmen zur Reduzierung der Pflegekosten

Die Pflegekosten könnten nach Angaben des Zeugen Junker sowohl durch Maßnahmen der öffentlichen Hand (1) als auch der Heimträger (2) reduziert werden:

(1) Öffentliche Vollfinanzierung der Investitionen

Dies hätte „zur Folge, daß etwa 30 DM am Pfl egetag weniger Kosten entstehen durch Abschreibungen und Zinsen, die heute auf dem Kapitalmarkt aufgenommen werden müssen. Also wir denken, daß der Anteil der öffentlichen Finanzierung für insbesondere die stationären Einrichtungen nicht ausreichend ist – heutiger Stand – und dort eine Verbesserung zu niedrigeren Pflegesätzen und damit zu einer Verbesserung der Anteile der Sozialhilfeempfänger werden könnte“ (P 15/37).

(2) ‚Stiftungsvertragsmodell‘

Hierbei handelt es sich um „ein System der differenzierten Leistungen mit einem differenzierten Preisangebot, also keinen pauschalen Pflegesatz,

sondern eine durchgängige Leistungspalette mit unterschiedlichen Preisen. Das führt dazu, daß der alte Mensch, der ja sein Verhalten auch auf Pauschalssysteme einrichtet, nicht mehr unbedingt alles nimmt, was er eben pauschal bezahlt, sondern sehr wohl auswählt, welche Leistungen er selber noch erbringen kann, und damit zur Kostendämpfung selber beiträgt, ganz abgesehen davon, daß dieses System menschlicher ist, also der einzelne Menschen eine Aufgabe erhält (P 15/37) . . . Wir fahren dieses Stiftungsvertragsmodell in drei Einrichtungen bereits mit Ergebnissen, mit denen der Mensch leben kann und der Träger, also beide Seiten zufrieden sind“ (P 15/42; ebenso befürwortend: Zeuge Frank, P 14/69).

## b) Pflegesätze für Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege

### aa) Pflegesatzvereinbarung

#### (1) Anwendungsbereich

Nach der Vereinbarung zur Regelung des Pflegesatzwesens in Baden-Württemberg (Pflegesatzvereinbarung) in der Fassung vom 16. April 1986 vergüten die Sozialhilfeträger den in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege stehenden Altenheimen, Altenpflegeheimen und teilstationären Einrichtungen, die mit der Betreuung von Heimbewohnern in Zusammenhang stehenden Personal- und Sachkosten in Form von Pflegesätzen.

Die Pflegesatzvereinbarung nimmt den § 1 Abs. 2 ausdrücklich „Anstalten oder Teile von Anstalten, deren Pflegesatzgestaltung der Bundespflegegesetzverordnung unterliegt“ (Anm.: Krankenhauspflege), von ihrem Anwendungsbereich aus.

#### (2) Pflegesatzkommission

Die Ermittlung und Festlegung der Pflegesätze und der Zuschläge zu den Pflegesätzen erfolgt durch die Pflegesatzkommission (§ 18 Pflegesatzvereinbarung). Dieses Gremium ist paritätisch mit Vertretern der Verbände der Liga der Freien Wohlfahrtspflege (als Heimträger) und der kommunalen Landesverbände sowie der Landeswohlfahrtsverbände (als Kostenträger) besetzt. Vorsitzender der Pflegesatzkommission ist der Referent für das Wohlfahrtswesen beim SM. Dem Ministerium stehen aufgrund der in § 93 Abs. 2 BSHG getroffenen Regelung gesetzliche Eingriffsmöglichkeiten bei der Festlegung der Pflegesätze nicht zur Verfügung. Sofern die Vermittlungsdienste des SM gefragt und angezeigt sind, werden diese insbesondere von Frau Ministerin Schäfer mit dem „Gewicht der Politik“ eingebracht, bekundete der Zeuge Dr. Kilian (P 4/53).

Aus der Sicht der Ligaverbände ist die Pflegesatzkommission unersetzbar, da sie „das wichtige Gremium ist, wo die elementaren Fragen der Altenhilfe besprochen und geklärt werden“, meinte der Zeuge Oswald (P 4/113).

Nach Auffassung der Landesregierung hat sich die Pflegesatzvereinbarung bisher bewährt. Hierzu heißt es in der Stellungnahme des SM vom 28. November 1988 (S. 12):

„Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Land haben durch die vertrauens- und verständnisvolle Zusammenarbeit von Heimträgern und kommunalen Kostenträgern, die sich auf der Grundlage der Pflegesatzvereinbarung entwickeln konnte, einen anerkannten Leistungsstandard erreicht. Besonders hervorzuheben ist, daß Heimbewohner, wenn sie nach Erschöpfung ihrer finanziellen Reserven sozialhilfebedürftig werden, nicht in Heime überwechseln müssen, die niedrigere Heimkostenentgelte verlangen. Auch werden Heimbewohner, die zur Deckung der Heimkosten auf Sozialhilfe angewiesen sind, gegenüber Selbstzahlern nicht benachteiligt.“

## (3) Kriterien für die Festlegung der Pflegesätze

Bei den Pflegesatzverhandlungen orientieren sich die Vertragsparteien einerseits an den Leistungsansprüchen, die das BSHG den Hilfesuchenden einräumt, wobei der Bedarf des Hilfesuchenden maßgebend ist (§ 3 Abs. 2 BSHG), und andererseits am Prinzip der Selbstkostendeckung (§ 3 Abs. 1 Pflegesatzvereinbarung). Bei der Ermittlung der Selbstkosten sind aufwandsmindernd staatliche und kommunale Zuschüsse für den Bau und Betrieb von Heimen zu berücksichtigen (§ 3 Abs. 2 Pflegesatzvereinbarung).

Grundlage der vereinbarten Pflegesätze ist zu einem wesentlichen Teil die von den Vertragsparteien vereinbarte Personalausstattung in Form von Personalschlüsseln.

Die Festlegung objektiver und allgemeinverbindlicher Bedarfskriterien zur Bestimmung der Personalschlüssel ist nach Auffassung des SM nur unter Vorbehalt möglich. Hierzu heißt es in der Stellungnahme vom 21. Februar 1989 (S. 37):

„Hierbei sind insbesondere die unterschiedlichen Pflegebedarfsmerkmale, die mit großen Abweichungen verbundene Intensität einzelner Betreuungsphasen, das unterschiedliche Lebensalter, die mit großen Abweichungen bestehenden Verbindungen zur Familie oder zu nahen Angehörigen, die immer kürzer werdende Verweildauer der Heimbewohner und ähnliche Merkmale zu berücksichtigen.

Weitere Kriterien sind neben den tarifvertraglichen Auswirkungen auf die Jahresarbeitszeit des Pflegepersonals vor allem die mit den Veränderungen der Bewohnerstruktur der Pflegeheime einhergehenden zusätzlichen personellen Belastungen.“

Kritik am Kriterium „Jahresarbeitszeit“ bekundete der Zeuge Junker und forderte flexible Bemessungsmaßstäbe:

„Wir (Anm.: Verband schwäbischer Feierabendheime e. V.) denken, daß diese Bemessung eigentlich nicht leistungsbezogen genug ist. Wir denken, daß man nur über die Gegenüberstellung von Leistung und Entgelt einen Leistungsbezug herstellen kann, und deshalb wären wir sehr dankbar, wenn man über die Pflegeschlüsselkriterien etwas beweglicher nachdenken könnte“ (P 15/39).

Bei der Diskussion um die für die maßgeblichen Bedarfskriterien ist nach den Worten des Zeugen Dr. Hummel zu berücksichtigen, daß es sich hierbei „weniger um eine Qualitäts- als um eine Finanzdiskussion handelt (ebenso Sachverständiger Dr. Bäcker, P 16/146). Es wäre müßig, dazu viele inhaltliche Kriterien draufzusetzen. Es ist schlicht und einfach immer die harte Berechnung“ (P 20/13).

## bb) Personalschlüssel bis zum 31. Dezember 1989

Bis zum 31. Dezember 1989 wurden die Pflegesätze in Baden-Württemberg auf der Basis folgender Personalschlüssel ermittelt:

## (1) Altenheim

- Leitung und Verwaltung 1 : 30
- Wirtschaftspersonal 1 : 7,5
- Betreuungspersonal 1 : 15
- Therapeuten 1 : 120 (bis 31. März 1989)  
1 : 80 (ab 1. April 1989: insbesondere Berücksichtigung der Arbeitszeitverkürzung, Einstellung von Altenpflegeschülern)

Im Unterschied hierzu waren die Personalkosten für Krankengymnasten, medizinische Bademeister und Logopäden nicht Bestandteil des Pflegesatzes. Soweit medizinische Bäder oder Krankengymnastik durch den Arzt im Einzelfall verordnet werden, handelt es sich hierbei um Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen. Im Regelfall werden diese Leistungen von niedergelassenen Masseuren oder Krankengymnasten erbracht.

(2) Altenpflegeheim

- Leitung und Verwaltung 1 : 30
- Wirtschaftspersonal 1 : 6
- Pflegepersonal (einschließlich Therapeuten) 1 : 3,5
- Im Schwerstpflegebereich 1 : 2,9

cc) Stufenweise Verbesserung des Personalschlüssels

Mit dem Beschluß des Fachausschusses der Pflegesatzkommission vom 11. August 1989 (vgl. Anlage 1 zu P 15) wurde folgende stufenweise Verbesserung des Personalschlüssels vereinbart:

(1) Altenheim

	bis 31. 12. 1989	ab 1. 1. 1990	ab 1. 1. 1991
- Leitung und Verwaltung	1 : 30	1 : 30	1 : 30
- Wirtschaft	1 : 7,5	1 : 7,35	1 : 7,35
- Betreuung	1 : 15	1 : 13	1 : 12
- Therapie	1 : 80	1 : 69	1 : 49

Nach den Bekundungen des Zeugen Dr. Jopen (P 15/11) „wurde innerhalb der Verbesserungen ein besonderer Akzent auf das therapeutische Personal gelegt, das mit einer Verbesserung im Schlüssel von 1 : 120 (Anm.: bis 31. März 1989) auf 1 : 49 um mehr als 100 Prozent erhöht wurde“.

(2) Altenpflegeheim

	bis 31. 12. 1989	ab 1. 1. 1990	ab 1. 1. 1991
- Leitung und Verwaltung	1 : 30	1 : 30	1 : 30
- Wirtschaft	1 : 6	1 : 5,9	1 : 5,9
- Pflege (incl. Therapie)	1 : 3,5	-	-
- Schwerstpflege	1 : 2,9	entfällt	entfällt
- Pflege (incl. Therapie und Schwerstpflege)	(Mittelwert 1 : 3,09)	1 : 2,65	1 : 2,37
- Geronto-Psychiatrische Spezialeinrichtungen	1 : 2,80	1 : 2,44	1 : 2,16

(= 10 % der Gesamtplatzanzahl)

(3) Wegfall des Schwerstpflegezuschlags

Die bisherige Möglichkeit den Schwerstpflegezuschlag zu verrechnen entfällt für eine Einrichtung, sobald sie in ihren Pflegesatz die erste Stufe der Personalschlüsselverbesserung integriert hat und unabhängig hiervon für alle Einrichtungen zum 31. Dezember 1992.



Nach Angaben des Zeugen Dr. Jopen (P 15/11) haben sich die Verhandlungspartner unter anderem an der Auswertung zum Schwerstpflegezuschlag der Jahre 1986/87 orientiert, wonach durchschnittlich 42 Prozent der Pflegeheimbewohner schwerstpflege- und 58 Prozent pflegebedürftig sind. Die von der Zeugin Wiesnagrotzki (P 16/4) aufgrund des Wegfalls des Schwerstpflegezuschlags befürchtete Schlechterstellung der Häuser mit sehr hohem Anteil von Schwerstpflegefällen dürfte demnach tatsächlich für diejenigen Pflegeheime eintreten, deren Schwerstpflegequote über dem bei den Verhandlungen zugrunde gelegten Durchschnitt von 42 Prozent liegt.

#### (4) Anrechnung der Pflegehilfskräfte

Bis zum 31. Dezember 1989 sahen die in der Pflegesatzkommission vereinbarten Personalschlüssel eine Anrechnung von Pflegehilfskräften im Verhältnis zu examinierten Fachkräften nicht vor.

Tatsächlich ist der Fachkräfteanteil von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich (P 17/79):

Nach Angaben des Zeugen Gruber waren im Sommer 1989 im ‚Pflegeheim St. Vinzenz‘ (in Plattenhardt) lediglich 40 Prozent ausgebildetes Personal beschäftigt (P 13/33).

Bei der Beweisaufnahme am 29. September 1989 gab die Zeugin Arnold (als Pflegedienstleiterin der Altenhilfeeinrichtung ‚Wilhelmshilfe e. V.‘ in Süßen) an, daß in ihrer Einrichtung derzeit 62 % ausgebildetes Personal tätig ist. Ferner erklärte sie: „Ich weiß aber, daß im Kreis Göppingen viele Häuser mit 30 % arbeiten. Ich möchte meine Mutter nicht dort haben“ (P 16/61).

Bei der Beweisaufnahme am 5. September 1989 bekundete der Zeuge Junker, daß die „Heimaufsicht regelmäßig bei den Begehungen ein Verhältnis von etwa 50 : 50 verlangt“ (P 15/39).

Zu den mit einem Fachkräfteanteil von 50 Prozent verbundenen Problemen erklärte die Zeugin Arnold (P 16/59):

„Als ich vor drei Jahren in der Wilhelmshilfe Göppingen – das ist ein sehr großer Träger von Heimen – in Süßen angefangen habe, habe ich mich erst mal an den 50 : 50 orientiert. Es ist auch richtig so. Ich habe ja gar nicht so viele Bewerbungen von qualifiziertem Personal gehabt. Ich war dann froh, daß ich mal die 50 Prozent mit ausgebildeten Altenpflegern und Krankenschwestern besetzen konnte. . . . Mit 50 Prozent ausgebildetem Personal konnte ich nicht einmal am Wochenende eine ständige Anwesenheit einer Ausgebildeten rund um die Uhr gewährleisten. Bei 60 Prozent kann ich das. Mit meinen 62 Prozent kann ich es etwas besser, da habe ich mehr Ausgebildete am Wochenende. Ich finde aber, daß anhand von den Anforderungen im Heim müßte die Zahl 70 Prozent betragen. Dann könnte ich befriedigt schlafen – das sage ich Ihnen ehrlich –, weil wir Notsituationen in Heimen zu bestreiten haben.“

Ich brauche in der Pflege nicht nur zwei Hände. Die sind wichtig; aber ich brauche Leute, die die Theorie beherrschen, die sich auskennen in speziellen Gebieten, und Altenpflege ist für mich ein spezielles Gebiet, wo selbst die Krankenschwester ihr Wissen neu überdenken muß, so wie die Altenpflegerin Wissen aus der Klinik braucht. Es hat sich geändert. Wir haben kranke alte Leute. Sei es, daß jemand aspiriert – die Leute können nicht mehr gut kauen –, dann herrscht Gefahr. Ich muß reagieren können, auch wenn es alte Leute sind. Deshalb finde ich erstrebenswert und meine, es reicht auch. 70 Prozent sind nicht sehr gut, aber sie sind ausreichend. So, denke ich auch, daß ich in der Altenpflege gut arbeiten könnte.“

Der Fachausschuß der Pflegekommission ging bei seinem Beschluß (Ziff. 4) vom 11. August 1989 (vgl. Anlage I zu P 15) davon aus,

„daß (Anm.: vom 1. Januar 1990 an) die Einrichtungen im Durchschnitt 60 bis 80 Prozent ausgebildete Kräfte (voll ausgebildete und angelernte) vorhalten und im übrigen zu 20 bis 40 Prozent Hilfskräfte und ungelernete Kräfte beschäftigen. Es handelt sich hierbei um einen „Soll-Wert“, dessen Realisierung von den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes abhängt. Eine Abweichung von der obengenannten Bandbreite kann in Pflegesatzverhandlungen nicht zu einer Kürzung des zuzubilligenden Personals führen.“

Ferner wurde in dem obengenannten Beschluß (Ziff. 6) vom 11. August 1989 vereinbart, daß in den Personalschlüsseln ab 1. Januar 1990 „alle Anteile für Hilfskräfte enthalten sind. Diese werden (abgesehen von den Schülern) mit ihrem tatsächlichen Aufwand gemessen am Durchschnittsaufwand der gesamten Pflegekräfte in Vollkräfte umgerechnet“. Nach Angaben des Zeugen Dr. Jopen (P 15/12) können danach auf einer Vollstelle unter anderem 6 bis 8 Zivildienstleistende beschäftigt werden.

Über die bloße Betrachtung der erforderlichen Fachkräftequote hinaus muß nach Auffassung des Zeugen Dr. Hummel die Frage nach dem Anrechnungsverhältnis Hilfskräfte zu Pflegefachkräften

„als eine zwingende Wechselfrage zum Ausbildungsstand und zur Ausbildungsmenge gesehen werden. Ich meine, daß man hier Versäumnisse nachzuholen hat, daß man Altenpflege kurzfristig am Bedarf und dann noch bezahlt organisiert hat. Wir zahlen heute die Zechen dafür. Dies bedeutet, wir haben viel zu wenig Fachkräfte. Man vergleiche mit Holland: Die Holländer haben völlig über den Bedarf hinaus ausgebildet mit einer sehr menschlichen Argumentation, daß eigentlich jeder, der diesen Beruf gelernt hat, auch zu Hause dann privat die Fachkenntnisse anwenden kann. Man hat dabei überhaupt nichts versäumt, und die Wechselmöglichkeiten sind für Mitarbeiter damit erhalten. Vielleicht könnten auch wir so argumentieren, zumal 80 Prozent zu Hause gepflegt werden“ (P 20/16).

#### (5) Anrechnung der Altenpflegeschüler

Die Altenpflegeschüler werden ohne mengenmäßige Einschränkung mit einem Anrechnungsschlüssel von 1 : 5 bei der Personalbemessung berücksichtigt. Hierzu erklärte der Zeuge Dr. Jopen:

„Mit dem gleichzeitigen Beschluß der Pflegesatzkommission, daß eine Ausbildungsvergütung entsprechend der Krankenpflege pflegesatzwirksam ist, sollen die Rahmenbedingungen so verbessert werden, daß die Altenpflege im Wettbewerb um den Nachwuchs für die neunziger Jahre eine bessere Ausgangsposition erhält. Unserer Auffassung nach hat die Pflegesatzkommission damit bundesweit einen neuen Maßstab gesetzt.

Von den Heimträgern und Kostenträgern wurde begrüßt, daß das Land Baden-Württemberg im Hinblick auf die Neuordnung der Ausbildung initiativ geworden ist und die Sach- und Personalkosten der theoretischen Ausbildung zu einem wesentlichen Teil übernimmt. Festzuhalten bleibt allerdings, daß das kostenträchtigste Element, nämlich die Ausbildungsvergütung, ausschließlich von Selbstzahlern und den Sozialhilfeträgern zu finanzieren ist“ (P 15/12; kritisch hierzu, ebenso: Zeugin Müller, P 16/48).

Die Deutsche Angestelltengewerkschaft lehnt nach den Worten des Zeugen Hartmann eine Anrechnung von Altenpflegeschülern auf die Personalsituation kategorisch ab:

„Ich kann in dieser Anrechnung von Auszubildenden Leistungen auf ausgebildete Kräfte in einem Krankenhaus oder in einem Altenpfe-

geheim eigentlich keinen Sinn sehen. Diese Auszubildenden müssen nach unserer Auffassung zusätzlich in diesem Krankenhaus tätig sein können, um diese Ausbildung wirklich so exakt durchführen zu können, wie das auch in der Industrie, im Handwerk, in der Wirtschaft schlechthin der Fall ist. Ich kann in einem Einzelhandelsbetrieb oder in einem Industriebetrieb nicht hergehen und sagen, daß 7 Auszubildende einen Angestellten zu ersetzen haben“ (P 17/92).

Auf Nachfrage stellte der Zeuge Hartmann klar:

„Wir wollen nicht nur eine theoretische Ausbildung haben, sondern wir wollen auch eine absolut fachbezogene praktische Ausbildung. . . . Aber wir wollen nicht haben, daß damit die Zahl der Schwestern oder Pfleger reduziert wird, die üblicherweise vorhanden wären, wenn sie keine Lehrlinge oder Azubis in diesem Haus hätten“ (P 17/93).

(6) Das Junktim zur 2. Realisierungsstufe ab 1991

Die Verbesserung des Personalschlüssels ist von einer weiteren Erhöhung der Investitionsförderung auf 50 Prozent durch das Land Baden-Württemberg abhängig. In dem Beschluß (Ziff. 11) der Pflegesatzkommission vom 11. August 1989 (vgl. Anlage 1 zu P 15) heißt es hierzu:

„Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege und die kommunale Seite begrüßen die Zusage des Landes Baden-Württemberg, die Investitionsförderung für Altenpflegeheime von 30 auf 40 Prozent ab 1. Januar 1990 zu erhöhen. Angesichts der erheblichen Belastungen der Pflegesätze aus der Personalschlüsselverbesserung ist diese Erhöhung jedoch unzureichend. Das Inkrafttreten der zweiten Stufe des Stufenplans ab 1. Januar 1991 ist deshalb von der weiteren Erhöhung der Investitionsförderung auf 50 Prozent durch das Land Baden-Württemberg abhängig. Ob diese Bedingung erfüllt ist, bedarf im Jahr 1990 eines ergänzenden Beschlusses des Fachausschusses.“

Ergänzend erklärte der Zeuge Dr. Jopen bei der Beweisaufnahme am 5. September 1989:

„Wir haben keine Zusage der Landesregierung zur Frage der Erhöhung von 50 Prozent. Darum haben wir das Inkrafttreten der zweiten Stufe, also der 2 050 Stellen, die ab 1. Januar 1991 zugehen sollen, an diese Erhöhung auf 50 Prozent geknüpft. Dies ist auch keine einseitige kommunale Forderung, sondern dieses ist Teil des Beschlusses. Der Beschluß steht also unter einer Bedingung, die erfüllt werden muß. Und die Pflegesatzkommission wird im nächsten Jahr zu prüfen haben, ob es nun im Rahmen des Landespolitik und im Rahmen eben der weiteren Beratungen gelungen ist, diese Bedingung zu erfüllen“ (P 15/19).

(7) Gewerkschaftliche Kritik zu cc)

Zur Haltung der Gewerkschaft ÖTV erklärte der Zeuge Arndt:

„Wir haben positiv zur Kenntnis genommen, die 4 100 neuen Stellen, die geschaffen werden. Aber ich glaube, das reicht nicht aus, weil nach unseren Feststellungen immer mehr Menschen erfreulicherweise sehr viel älter werden, oft ältere Menschen an mehreren Gebrechen leiden, die Zahl und der Anteil Verwirrter und psychisch Kranker größer wird und die Krankenhäuser aufgrund des Kostendrucks logischerweise immer stärker, mehr jedenfalls als vor 10, 12 Jahren, alte Menschen aus den Krankenhäusern entlassen, um dann sie in Heime abzugeben. Ich glaube auch, daß erforderlich ist, über die ambulanten Dienste nachzudenken, weil dieses nicht ausreichend ist.

Die gewerkschaftliche Grundsatzforderung heißt, daß wir in Altenpflegeeinrichtungen den gleichen Schlüssel brauchen wie in Kranken-

häusern, weil die Aufgaben sich nicht unbedingt voneinander unterscheiden. . . . Wir kommen zu der Erkenntnis, daß wir bei dem Bedarf an Pflegekräften ein Schlüsselverhältnis von 1 : 2 benötigen – 1 : 2 benötigen aus dem einfachen Grunde, weil dieses aus unserer Sicht eine Mindestnorm sein sollte. Die jetzige Regelung – Verbesserung auf 2,37 – scheint mir nicht ausreichend“ (P 16/76).

Für die ‚Deutsche Angestellten Gewerkschaft‘ erklärte der Zeuge Hartmann:

„Die DAG steht grundsätzlich zu der Auffassung seit längerer Zeit, daß es eigentlich nicht Sinn und Sache sein kann, einen generellen Schlüssel für alle Krankenhäuser oder für alle Altenpflegehäuser festzulegen, weil man eigentlich damit die individuelle Situation eines Krankenhauses oder eines Pflegeheimes nicht mehr einfangen kann. Wir stellen uns vor, daß hier nach individuellen Gegebenheiten – unterschiedlich natürlich von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Pflegeheim zu Pflegeheim – Festlegungen getroffen werden, die der Situation dieses Krankenhauses oder dieses Pflegeheimes gerechter werden und damit natürlich auch den Kranken bzw. den Pflegebedürftigen und denen, die diese Pflege auszuüben haben“ (P 17/79).

#### dd) Finanzielle Auswirkungen der neuen Personalschlüssel

##### (1) Gesamtkosten

Die neuen Personalschlüssel bieten den Alten- und Altenpflegeheimen die Möglichkeit, landesweit in einem Stufenplan rund 4 100 Mitarbeiter zusätzlich einzustellen. Die Gesamtkosten hierfür betragen auf der Grundlage des bis zum 31. Juli 1989 geltenden Vergütungsrechts des BAT jährlich rund 194 Millionen DM. Hiervon wurden 1989 schätzungsweise rund 19 Millionen DM umgesetzt. Der Restbetrag von rund 175 Millionen DM soll in zwei gleichen Teilen in den Jahren 1990 und 1991 im Rahmen eines Stufenplanes verwirklicht werden.

Durch die „Tarifvereinbarung über eine Neuordnung der Vergütungen für die Beschäftigten in Kranken- und Altenpflegeberufen“ stiegen die vorgenannten Beträge ab 1. August 1989 um durchschnittlich 7,55 v. H. an (im Jahre 1989 sind von 19 Millionen DM nur  $\frac{5}{12}$  berührt, so daß die Gesamterhöhung etwas geringer ausfällt). Im Jahre 1990 werden die Vergütungen um weitere 1,7 v. H. Tarifsteigerungen fortgeschrieben. Für 1991 sind Tarifverhandlungen noch nicht geführt worden. Danach ist insgesamt von folgenden hochgerechneten Gesamtbelastungen auszugehen (Zeuge Walter, P 21/110, 164):

1989		rd. 19,6 Mio. DM
1990		
Anteil der ersten Stufe	87,5 Mio. DM	
+ Tarifvertragsauswirkungen aus Vertrag vom 30. Juni 1989 = 7,55 v. H.	6,6 Mio. DM	
+ Tarifierhebung ab 1. Januar 1990 um 1,7 v. H.	<u>1,6 Mio. DM</u>	rd. 95,7 Mio. DM
1991		rd. 95,7 Mio. DM
Zuzüglich Auswirkungen aus allgemeiner Tarifierhöhung 1991.		



Dagegen berichtete der Zeuge Dr. Gerhardt, daß insoweit bei den freien Wohlfahrtsverbänden ein Abwägungsprozeß stattfindet:

„Sie fragen natürlich, wieweit man nun hier bei den Selbstzahlern die Kosten erhöhen kann. Für einen Selbstzahler ist es natürlich unter Umständen ein sehr starker Einschnitt, wenn er 100, 200 DM oder noch höhere Beträge im Monat mehr zahlen muß. . . .

. . . Kann man überhaupt die ganze Pflegeschlüssel-Verbesserung ausreizen und durchführen? Kann man das letztlich den 50 Prozent-Selbstzahlern nun hier zumuten?, wobei natürlich für uns, für diejenigen, die für Sozialkosten aufzukommen haben, das heißt für die anderen 50 Prozent, dann die Frage auftaucht: wenn die Selbstzahler in ihren finanziellen Möglichkeiten überfordert werden, kommen sie ja zur Sozialhilfe“ (P 21/16 f.).

#### (4) Anstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger

Materielle Probleme erwartete der Zeuge Walter (P 21/167) bei der Weitergabe der Personalmehrkosten in Form erhöhter Pflegesätze an die Selbstzahler. Immerhin müßte ein Heim innerhalb von nur 17 Monaten den Selbstzahlern im Ergebnis in den Altenheimen monatlich voraussichtlich rund 116 DM und in Altenpflegeheimen voraussichtlich rund 463 DM mehr abverlangen. Bei einem bisherigen durchschnittlichen Pflegesatz in einem Altenpflegeheim von 2 500 DM würde dieser Pflegesatz in Zukunft über 3 000 DM im Durchschnitt betragen (Zeugin Barbara Schäfer, P 21/66).

Der Zeuge Walter befürchtete deshalb bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990, daß auf der einen Seite der Anteil der Selbstzahler in den Altenpflegeheimen „deutlich zurückgehen“ und auf der anderen Seite „der Anteil der Sozialhilfeempfänger in Baden von 53,5 v. H. auf 65–70 v. H. ansteigen wird“ (P 21/168).

Mit einem Anstieg der Sozialhilfeempfängerquote bis auf 90 Prozent innerhalb der nächsten drei bis vier Jahre rechnet der Verband schwäbischer Feierabendheime e. V., da nach Einschätzung des Zeugen Junker

„die derzeitige Finanzierung zu Kosten führt, die der Einzelne . . . jedenfalls nicht mehr auf Dauer tragen kann“ (P 15/36).

Angesichts dieser Entwicklung sprach die Zeugin Barbara Schäfer bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990 davon,

„daß wir uns in diesem Zusammenhang auch auf die Lösung des Problems der individuellen Pflegevorsorge einzustellen haben, liegt auf der Hand“ (P 21/66; ähnlich Zeuge Walter, P 21/168).

#### c) Pflegesätze für privatgewerbliche Einrichtungen

##### aa) Abrechnungspraxis bis 31. Dezember 1988

Bei der Beweisaufnahme am 25. Januar 1989 gaben die Zeugen Becker (P 4/16) und Dr. Seitter (P 4/95) an, daß die Landeswohlfahrtsverbände keine generellen Vereinbarungen mit den Verbänden der privaten Alten- und Altenpflegeheimen getroffen haben. Während der Zeuge Becker (a. a. O.) erklärte, „hier wird im konkreten Einzelfall je nach Einrichtung eine konkrete Vereinbarung getroffen“, sprach der Zeuge Dr. Seitter (P 4/99) davon, daß in der Praxis die Landeswohlfahrtsverbände analog der Pflegesatzvereinbarung mit den privaten Heimen abrechnen.

Tatsächlich konnten Unterschiede in der Abrechnungspraxis für die Heime je nach Verbandszugehörigkeit entstehen:

(1) Vereinbarung des Landkreistages Baden-Württemberg mit dem „Verband privater Altenheime in Baden-Württemberg e. V.“ vom 19. April 1971

Danach erhielten Altenheime, die dem „Verband privater Altenheime in Baden-Württemberg e. V.“ angeschlossen sind, vom 1. Januar 1971 an ohne Nachprüfung einen Pflegesatz in Höhe des jeweiligen allgemeinen Pflegesatzes für ein vergleichbares freigemeinnütziges Heim zuzüglich eines festen Betrages von 1,30 DM. Mit dem Zuschlagsbetrag sollte insbesondere die von den privat-gewerblichen Einrichtungen zu zahlende Gewerbesteuer sowie die Nichtgewährung öffentlicher Investitionszuschüsse abgegolten werden.

Soweit Heime mit diesem Pflegesatz nicht auszukommen glaubten, konnte diesen nach Darlegung ihrer besonderen Verhältnisse ein höherer selbstkostendeckender Pflegesatz gewährt werden. Bei der hierbei maßgeblichen Prüfung der Preis-Leistungs-Relation wurde sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die tatsächlich erbrachte Pflegequalität untersucht.

(2) Empfehlung der kommunalen Landesverbände und Landeswohlfahrtsverbände zugunsten des Verbandes „Freie Altenhilfe auf Bundesebene“ und des „Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime“ von 1985

Mit dem Altenheimverband „Freie Altenhilfe auf Bundesebene“ und dem „Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime“ waren förmliche (Pflegesatz-)Vereinbarungen nicht abgeschlossen worden. Die kommunalen Landesverbände und die Landeswohlfahrtsverbände hatten jedoch den Stadt- und Landkreisen empfohlen, die Vereinbarung mit dem „Verband privater Altenheime in Baden-Württemberg e. V.“ auch auf die Mitgliedseinrichtungen des Verbandes „Freie Altenhilfe auf Bundesebene“ mit Wirkung ab 1. Juli 1985 und des „Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime“ ab 1. November 1985 entsprechend anzuwenden.

(3) Novellierungsbedarf

Das Abrechnungsverfahren hatte sich nach Angaben des Zeugen Becker „als renovierungsbedürftig erwiesen“ (P 4/16) bzw. nach Auffassung des Zeugen Dr. Seitter „zu sehr großen Unzuträglichkeiten geführt“. Wörtlich erklärte der Zeuge Dr. Seitter im Rahmen der Beweisaufnahme am 25. Januar 1989:

„Denn es leuchtet ein, daß die Kosten, die bei gemeinnützigen Heimen vorhanden sind, schwer vergleichbar sind mit privaten Heimen, weil hier ja die ganzen Zuschüsse fehlen. Da ist also praktisch kein entsprechender Ausgleich für den Kapitaleinsatz oder das Unternehmerwagnis gegeben.

... Also, wenn es so weitergeht, wie es im Augenblick ist, sind – das kann man ohne Pathetik sagen – die privaten Heime am Ende“ (P 4/95).

Mit dem Ziel, „eine Gleichbehandlung im Bereich der Sach- und Personalkosten bzw. des Personalschlüssels auch bei den privaten Einrichtungen zu erreichen“ (Zeuge Becker, P 4/16) haben die kommunalen Landesverbände und Landeswohlfahrtsverbände nach Verhandlungen mit den Verbänden der privat-gewerblichen Heimträger im Frühjahr 1989 ein umfassendes Vertragswerk vorgelegt (abgedruckt als Anlage I zu Drucksache 10/2259).

bb) Pflegesatzvereinbarungen seit 1. Januar 1989

Nach Angaben der Landesregierung (vgl. Drucksache 10/2259, S. 3) werden privat-gewerblichen Einrichtungen seit dem 1. Januar 1989 Pflegesatz-

vereinbarungen auf dieser Grundlage zum Abschluß angeboten. Sämtliche Einrichtungen sollen bislang von diesem Angebot Gebrauch gemacht haben.

Nach Auffassung der Landesregierung (a. a. O.) trägt dieses Vertragswerk insgesamt dazu bei, die Stellung der privat-gewerblichen Heimträger im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen wesentlich zu verbessern.

Als wesentlich sind folgende Regelungen zu nennen:

- Die Gebäudekosten werden in Form eines Mietzinses abgegolten, wobei sich die Mietzinshöhe nach der ortsüblichen Miete für nicht preisgebundenen Wohnraum richtet.
- Bei der Personalbemessung gelten analog die Vereinbarungen mit der Liga der Freien Wohlfahrtspflege (vgl. hierzu die Darlegungen unter VI. 4. b).
- Der Betriebsinhaber einer Einrichtung erhält eine Betriebsvergütung in Anlehnung an den BAT + zwei Vergütungsgruppen zuzüglich der üblichen Arbeitgeberbeiträge und der Zusatzversorgung für Mitarbeiter (bis zu 4 Prozent des jeweiligen Bruttolohns).

Ein darüber hinausgehender Gewinn sowie die Verzinsung des Eigenkapitals wird von den Kostenträgern nicht akzeptiert. Dagegen wird die Abschreibung aus dem Eigen- und Fremdkapital sowie die entstehenden Zinsbelastungen aus dem aufgenommenen Fremdkapital bei der Pflegesatzfestsetzung berücksichtigt (P 14/77).

Der Zeuge Abelein kritisierte die ‚Mietbasis‘ als Berechnungsgrundlage der Pflegesätze:

„Der Landeswohlfahrtsverband hat hier in dieser Frage bestimmt, daß ein Mietmodell zugrunde gelegt wird mit einem Mietpreis von freifinanzierten Wohnungen. Und freifinanzierte Wohnungen sind in der Regel günstiger als ein Pflegeheim vom Bau her, wenn man die ganzen Gemeinschaftsräume, Investitionen in den Einrichtungen sieht, so daß dieses Mietmodell zur Zeit für ältere Einrichtungen durchführbar ist, aber für neue Einrichtungen nicht kostendeckend. . . eine Finanzierung von älteren Einrichtungen damit möglich ist, die über einen hohen Eigenkapitalanteil verfügen, die also wenig Zinsbelastungen haben. Wenn ich aber heute einen Neubau nehme mit einer Investition pro Bett von 100 000 DM, dann ist dieses Mietmodell nicht ausreichend“ (P 14/96).

Weiter hob der Zeuge Abelein hervor:

„Wir haben als Verband (Anm.: Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime e. V.) die Zustimmung zu diesem Mietmodell gegeben, weil wir sagen: Es ist ein Anfang zur Berechnung eines etwas neutraleren Wertes. Aber der Anfang kann nur gelten für die Heime, die einen älteren Ursprung haben, und nicht für Neubauten oder welche, die gerade im Entstehen sind. Ich kann mir vorstellen, daß der Kostenträger zur Zeit glaubt, weil es noch keine Erfahrungswerte gibt, daß es ausreichend ist. Aber nach unseren Erkenntnissen sind diese Wertansätze für Neubauten nicht ausreichend . . . bei einem Neubau müßte der Mietansatz mit zwischen 1,6 bis 1,8 Punkten multipliziert werden, um einen solchen Mietansatz im Grunde zu gewährleisten, um Neubauten durchzuführen“ (a. a. O.).

Der Zeuge Abelein forderte deshalb für „neu zu planende Bauten eine Verbesserung des vorhandenen Vertrags“ (P 14/99).

Nach Angaben der Landesregierung (Drucksache 10/2259, S. 4) haben die kommunalen Verbände sowie die Landeswohlfahrtsverbände bereits zugesagt, in der zweiten Hälfte des Jahres 1991 über eine Fortschreibung des Vertrages auf der Basis der bis dahin gewonnenen Erfahrungen ab 1992 zu verhandeln.



Auf die Frage, wie die privat-gewerblichen Einrichtungen trotz der als nicht kostendeckend beklagten Pflegesätze überleben können, erklärte der Zeuge Abelein:

„Die Frage des Überlebens liegt teilweise bei kleinen Einrichtungen darin, daß der Personalansatz etwas anders gerechnet wird, auch in Zusammenarbeit mit dem Landeswohlfahrtsverband, daß also ein Privatheimbetreiber nicht bei 39 Stunden aufhört, sondern daß er wesentlich mehr arbeitet. Und sie liegt darin, daß mit Sicherheit gerade bei Privaten der Selbstzahler in der Regel nicht mehr zahlen muß, aber die Sozialhilfe zu wenig bisher anerkannt hat, und daß der Privatträger in der Regel daher vom Selbstzahler mehr bekommen hat, teilweise auch mehr nehmen mußte, um das, was er über die Sozialhilfe nicht bekommen hat, wieder hereinzuholen“ (P 14/100).

Auf Nachfrage ergänzte er:

„Unter den gegebenen Voraussetzungen werden wir einem Neuling immer abraten, der noch nie in der Branche gearbeitet hat, ... weil wir erkennen, daß momentan noch zu viele Schwierigkeiten da sind, und für jemanden, der neu baut und sich ausschließlich auf Selbstzahler beschränkt, das Risiko zu groß ist. Denn so viel Selbstzahler – wenn ich jetzt einmal eine 80-Betten-Einrichtung nehme – wird es insgesamt nicht geben, daß er nicht auf die Sozialhilfe zurückgreifen muß“ (a. a. O.).

## 5. Medizinische Versorgung

### a) Ärztliche Versorgung

#### aa) Freie Arztwahl

##### (1) Rechtliche und tatsächliche Gewährleistung

Die ärztliche Behandlung und Betreuung von Patienten in Alten-, Altenwohn- und Altenpflegeheimen obliegt – auch bei Notfällen – den niedergelassenen Ärzten. Für die Heimbewohner besteht von Rechts wegen (§ 76 SGB V) die freie Arztwahl.

Die Beweisaufnahme ergab, daß in der Praxis die freie Arztwahl dem Grunde nach mit im wesentlichen folgenden drei Variationen (nach Zeuge Dr. Zalewski, P 21/4) gewährleistet ist:

- gehfähige Patienten, insbesondere aus Altenheimen, gehen wie jeder andere Patient zum Arzt ihres Vertrauens in dessen Praxis;
- in den stationären Altenhilfeeinrichtungen sind Räume eingerichtet, in denen einzelne Ärzte zu bestimmten Zeiten Sprechstunden für „ihre Bewohner“ abhalten;
- die typischen Hausbesuche: bei bettlägerigen oder pflegebedürftigen Patienten findet die Behandlung unmittelbar am Bett des Patienten im Altenpflegeheim statt.

##### (2) Probleme

Die Möglichkeit der freien Arztwahl führt dazu, daß in Heimen jeweils eine große Anzahl von Hausärzten ihre Patienten betreuen. So muß beispielsweise das „Henriettenstift“ in Kirchheim/Teck mit insgesamt 31 Hausärzten „sehr schwierig“ zusammenarbeiten (Zeugin Siegmann, P 18/133) und in der Altenhilfeeinrichtung „Haus auf der Waldau“ in Stuttgart kommen auf eine Station mit 34 Bewohnern 11 verschiedene Ärzte (Zeuge Kreller, P 18/125).

Neben der Vielzahl von Ärzten wird die Zusammenarbeit erschwert durch mangelnde Rücksichtnahme der Hausärzte auf den Heimbetrieb.

Hierzu berichtete die Zeugin Stollberg:

„Jeder Arzt hat eine Praxis. Wenn die Mitarbeiter anrufen, wenn ein Notfall ist, kommen sie selbstverständlich sofort. Aber wenn man weiß, der Bewohner braucht einfach einen Arzt, dann heißt es: ‚Jetzt im Moment kann ich nicht meine Praxis verlassen. Ich komme im Laufe des Tages.‘ Und ‚im Laufe des Tages‘, wenn er Zeit hat, und meistens in der Mittagsstunde, wenn Leerlauf ist, kommen sie ins Haus oder, abends um halb acht, wenn die Mitarbeiter Dienstschluß haben, wenn nur zwei Nachtschwestern im Hause sind, und machen dann ihre Besuche – Visite ist ja ein Begriff aus dem Krankenhaus – bei unseren Bewohnern“ (P 20/67; ähnlich: Zeuge Kreller, P 18/127).

Darüber hinaus beklagte der Zeuge Kreller, daß

„manche (Anm.: Ärzte) den Kontakt zu den Mitarbeitern in der Pflege suchen, manche gar nicht. Manche gehen ins Zimmer, legen dort das Rezept hin, und dann müssen wir hinterher anrufen, was wir nun an Therapiemaßnahmen durchführen sollen“ (P 18/125).

Nach Einschätzung der Zeugin Maute führt die große Anzahl von Ärzten in einem Heim wegen der damit verbundenen Informationslücken zwischen Arzt und Pflegeperson zu einer „absolut gefährlichen Pflege“ (P 18/105). Ihren Angaben zufolge berät sie als Heimleiterin des „Samariter-Stiftes“ in Ostfildern bei der Aufnahme die Angehörigen und den Heimbewohner mit dem Ziel,

„die Ärzteschaft auf ein Minimum einzuschränken, in einem Heim, daß es ganz bestimmte Zeiten gibt, zu denen der Arzt kommt, und da sind dann auch die Fachkräfte da, die Stationsleitung oder die Stellvertretung, in kritischen Fällen sogar die Pflegedienstleitung, so daß man mit dem Arzt zusammen auch ein Therapie-Programm zusammenstellen kann, das von unserer Seite aus leistbar ist und das dem Bewohner zugute kommt“ (P 18/107).

Dieses Ziel hielt sie aus folgenden Erwägungen „für absolut notwendig“:

„Wir müssen einfach davon ausgehen, daß wir fast 50 % von desorientierten Menschen haben, mit verschiedenen Graden der Desorientierung. Das kann eine einfache Vergeßlichkeit sein, bis dahin, daß sie nicht einmal mehr wissen, wer sie selbst sind. Dann können Sie sich vorstellen, wie die Information zwischen Heimbewohner oder in diesem Fall Patient und Arzt läuft: Der Bewohner kann überhaupt nicht mehr sagen, wie sein gesundheitliches Befinden ist. Dazu braucht man ganz eindeutig die Fachkraft, die den Arzt informiert von dem, was einfach in den letzten Tagen, in der letzten Nacht gelaufen ist und was an Krankenbeobachtungen festgehalten wurde, so daß der Arzt daraufhin dann seine Medikation einstellen kann.

Wenn wir das nicht haben, dann finden wir irgendwo auf dem Nachttisch ein Rezept, und die Anordnungen vom Arzt können häufig gar nicht gemacht werden, weil der Arzt die zuständigen Leute nicht trifft, so daß ich sagen muß, daß ich das für eine sehr gefährliche Pflege halte, weil die Informationen zwischen Arzt und . . . nicht funktioniert, in den meisten Fällen nicht mehr funktioniert und dann eben die Information zwischen Arzt und Pflegeperson unterbleibt“ (P 18/106).

Nach Angaben der Zeugin Maute (P 18/110) kommen mit wenigen Ausnahmen nur vier Ärzte in das „Samariter-Stift“. Diese geringe Anzahl ist nicht nur auf die Beratung der Heimbewohner sowie deren Angehörigen, sondern auch auf Gespräche mit der örtlichen Ärzteschaft zurückzuführen:

„Ich habe, bevor (Anm.: vor zirka 5 Jahren) dieses Haus in Betrieb gegangen ist, alle Ärzte aus der Stadt Ostfildern zusammengerufen, habe

ihnen die Situation geschildert, und die Ärzte sind dann von sich aus zu der Einsicht gekommen, daß es nicht Sinn der Sache ist, wenn jetzt jeder da reingeht, so daß die Ärzte von sich aus, jetzt jedenfalls, sagen zu ihren Patienten: Wir gehen nicht in das Samariter-Stift; da ist ein Kollege, den informiere ich; nehmen sie bitte den Arzt. – Es ist schon ein Abkommen zwischen den Ärzten“ (P 18/111).

Auf die Frage nach den bisherigen Erfahrungen mit dieser praktizierten Zusammenarbeit erklärte die Zeugin Maute:

„Es ist so, daß die Ärzte (Anm.: niedergelassene Ärzte) sich sehr schwer tun, sich auf diesen Personenkreis einzustellen. Wir erleben vielfach das, was man draußen sicher genauso erlebt, den Griff zum Medikamentenblock, wo eigentlich eine andere Therapie angesagt wäre.

Unser Haus besteht seit fünf Jahren, und wir haben diese vier ‚Stationsärzte‘ seit dieser Zeit. Und ich muß sagen, in dieser Zusammenarbeit in diesen vier Jahren hat sich eben herausgestellt, daß unsere Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der Beratung mit dem Arzt dann sehr wohl eine sehr gute medizinische Betreuung der Heimbewohner gewährleisten. Da hat sich sehr vieles getan bei unseren Ärzten. Wo am Anfang noch sehr viel Skepsis auch den Altenpflegerinnen und Altenpflegern gegenüber war, ist jetzt wirklich eine hervorragende Zusammenarbeit zu sehen, wo auch die Anregungen vom Pflegepersonal ernst genommen werden. Ich denke, das kann eben nicht passieren, wenn nicht eine kontinuierliche Zusammenarbeit da ist“ (P 18/108).

Zur Situation derjenigen Heimbewohner, die andere Ärzte haben, fügte sie hinzu:

„Aber da beobachten wir . . . : Es geschehen Überweisungen, von denen wir überhaupt nichts erfahren. Plötzlich steht der Sanka vor der Tür, und wir sagen: Nanu. – Ja, wir sollen die Frau sowieso abholen. – Das ist uns erst neulich passiert. Wir sind überhaupt nicht informiert worden, der Arzt hat nicht Rücksprache genommen, weder mit der Pflegedienstleitung noch mit der Stationsleitung, wie wir die Situation einschätzen. Wir hätten zum Beispiel keine Krankenhauseinweisung befürwortet“ (P 18/112).

Aufgrund ihrer Erfahrungen wünschte sich die Zeugin Maute (P 18/113) eine vertragliche Regelung zwischen dem jeweiligen Heim und den Ärzten mit dem Inhalt, daß ärztliche Anordnungen nur in Absprache mit dem Heim getroffen werden.

Auf die Frage nach der Gewährleistung ärztlicher Dienste an den Wochenenden und während der Nacht bekundete die Zeugin Maute (P 18/114), daß die „Heimärzte“ auch nachts sowie Wochenenden kommen und sich auch gegenseitig vertreten. Im Unterschied hierzu gab der Zeuge Kreller (P 18/128) an, daß insoweit der ärztliche Bereitschaftsdienst aber auch unter Umständen der Notarzt in Anspruch genommen werden muß.

Dagegen meinte der Zeuge Dr. Walz:

„Der Notfall – bzw. Nachtbereitschaftsdienst ist heute namenlos schlecht ist . . . Es sind Kämpfe an den Telefonen, daß die Ärzte nachts herkommen, und dann kommt zum Schluß doch der Nachtbereitschaftsdienst . . . Der Patient wird, bloß damit er die richtige Versorgung kriegt – so wird dann gesagt –, in die Klinik abgeführt . . . Was geschieht bei diesen Menschen? Er wird meistens dement. Dann bleibt er 14 Tage bis drei Wochen in der Klinik, bis alles durchgeprüft ist . . . Und das nur, weil der betreuende Arzt nicht dafür gesorgt hat, daß es einen geregelten Übergang gibt. Das ist vom Pflegeheim aus gesehen ein solcher Mißstand, und vom Patienten aus gesehen ein noch viel schlimmerer Mißstand“ (P 20/112 f.).

## (3) Heimarztprinzip

Nach Angaben des Zeugen Dr. Zalewski ist der Heimarzt oder Vertragsarzt bereits Realität:

„Es gibt eine Reihe von Häusern, die feste vertragliche Vereinbarungen haben mit einzelnen niedergelassenen Ärzten zur Betreuung der dortigen Patienten, die dann für diese Ärzte eben Sprechzimmer einrichten, damit die dort ihre Sprechstunden abhalten können. Es muß ja nicht jeder Patient am Bett besucht werden. Das ist Realität. Wir haben hierauf unmittelbar keine Einflußmöglichkeit, da ja keinerlei unmittelbare Beziehungen zwischen Heimen oder Heimleitung und der KV (Anm.: Kassenärztlichen Vereinigung) existieren. Die KV sperrt sich auch in keinster Weise gegen irgendwelche vertragliche Bindungen von niedergelassenen Ärzten an einzelne Häuser. Hier ist zumindest aus unserer Sicht kein Problemfeld“ (P 21/8).

Im übrigen ergab die Beweisaufnahme, daß die mit dem „Heimarztprinzip“ (im Sinne der vertraglichen Bindung eines oder mehrerer Ärzte an ein Heim) verbundenen potentiellen Vorteile insgesamt höher eingeschätzt werden als die damit verbundenen Nachteile.

Die Zeugin Dr. Tebbert vertrat die Auffassung:

„Es wird sicher einfacher sein, wenn es Heimärzte gibt. Das muß nicht einer sein. Bei größeren Heimen sind es gerade mehrere. Viele Hausärzte lehnen es ja auch ab, ihren Patienten dort weiter zu betreuen, weil die Anfahrtswege einfach zu weit sind . . .

Aber wenn er eben doch regelmäßig im Haus ist und regelmäßig nach den Patienten schauen kann, hielte ich das für sehr viel besser. Und die Zusammenarbeit ist zwischen der Pflegedienstleitung und den Ärzten auch anders, bzw. die wissen dann, worauf das Heim auch Wert legt, kennen sich eben in diesem Dokumentationssystem aus. Wenn das alles Einzelärzte machen, das stelle ich mir -- es erschwert. Aber bei uns ist es mehr so -- die Heime, die ich kenne --, da gehen auch die Altenheimwohner dazu über, diese Ärzte, die regelmäßig ins Heim kommen, dann als Hausärzte zu wählen“ (P 20/61).

Die Zeugin Maute hielt „mehrere Ärzte in einem Haus für wünschenswert“, weil diese sich in ihrer Arbeit gegenseitig stärker befruchten. Einschränkung fügte sie hinzu:

„Gut, der einzelne Heimarzt könnte sich noch viel mehr spezialisieren auf die Alterserkrankungen, das ist klar. Da wäre die Spezialisierung sehr viel leichter möglich, wenn er nur alte Menschen hat. Ich habe auch mit unseren Ärzten darüber schon einmal in anderem Zusammenhang gesprochen. Die Ärzte sagen: Das wäre für uns schlimm, wenn wir nur noch alte Menschen hätten. Es ist für uns einfach auch schöner, Kinder zu haben, junge Leute zu haben; es macht den Beruf interessanter“ (P 18/115; ähnlich Zeuge Kreller, P 18/125).

Im Unterschied hierzu versuchte die Zeugin Siegmann den Vorteilen auch problematische Aspekte des Heimarztprinzips gegenüberzustellen:

„Wir haben ganz viele Bewohner, die zwischen 10 und 20 Jahre bei uns sind. Das ist eben der Grund, warum der Träger sich noch nicht entschließen konnte, jetzt einen oder zwei oder drei Heimärzte nur zu bestimmen, weil halt jeder seine Beziehungen hat zu seinem Hausarzt. Aber für die Mitarbeiter wäre es natürlich eine Riesenerleichterung, das muß ich auch sagen. Im Grunde genommen wäre es sicher besser, einen Heimarzt zu haben. Aber leben kann er sicher nicht von einem so kleinen Heim. Für die Mitarbeiter und für die Heimleitung wäre es bestimmt besser. Ob es für die Bewohner besser wäre, da habe ich keine Erfahrungen“ (P 18/135).

wohner sind halt bei einem Arzt, was weiß ich, 20 oder 30 Jahre. Stellen Sie sich einmal vor, ich nehme ihnen den Arzt, den Bezug weg. Wie soll ein 80-, 90- oder 100jähriger sich plötzlich auf einen neuen Arzt einstellen? Da ist gar kein Bezug mehr möglich“ (P 20/69).

Auf Nachfrage erklärte sie:

„Ich halte das für eine gute Sache. Aber, wie gesagt, das Wohl des Bewohners steht in erster Linie im Vordergrund“ (P 20/71).

#### bb) Durchführung ärztlich angeordneter Therapiemaßnahmen

Die medizinischen Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung werden in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe durch den behandelnden Arzt selbst oder auf seine Verordnung hin in der Regel von ausgebildeten Pflegekräften erbracht.

Die Gabe von intravenösen Injektionen, das Katheterisieren der Harnblase und auch das Anlegen von Infusionen sind als risikobehaftete Eingriffe grundsätzlich dem Arzt vorbehalten. Das Pflegepersonal darf diese Eingriffe nur auf ausdrückliche Anordnung des Arztes und unter dessen Aufsicht vornehmen. Dagegen dürfen intramuskuläre und subkutane Injektionen durch Alten- und Krankenpfleger/innen vorgenommen werden (Zeugen Dr. Tebbert, P 20/46, und Zeuge Dr. Walz, P 20/99).

Zusätzlich verordnete therapeutisch-ärztliche Leistungen werden in der Regel von niedergelassenen Krankengymnasten, Physiotherapeuten und Logopäden erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet. Die ärztliche Behandlung und die verordneten Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel werden zu Lasten der zuständigen Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Arztbesuche im Pflegeheim werden nach Angaben des Zeugen Sing von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des ärztlichen Gebührenrechts mittels „besonderer Vergütungsabstufen“ gesondert gehandhabt:

„Wir wollten aus wirtschaftlichen Überlegungen nicht, daß zum Beispiel ein Kassenarzt, ein Allgemeinpraktiker in ein Heim geht und ohne die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung oder Betreuung bestimmte Patientengruppen einfach durchgeht und dann die vollen Gebühren abrechnet. Da haben wir bereits einen gewissen Unwirtschaftlichkeitsfaktor in der Gebührenordnung berücksichtigt. Unabhängig davon werden die Arztabrechnungen auf die Schlüssigkeit der abgerechneten Positionen geprüft. Das geht in das Verfahren der wirtschaftlichen Behandlungsweise in den Prüfungsausschüssen bei den KVen ein“ (P 20/80).

#### cc) Verantwortlichkeiten

Die Verantwortung für die Durchführung von Infusionen und die Gabe von intravenösen Spritzen liegt ausschließlich beim anordnenden Arzt. Im übrigen medizinischen Bereich ist der Arzt nur zu einem geringeren Grad für die Durchführung verantwortlich:

Er muß sich hier – im Unterschied zum Krankenhausbereich, jedoch wie immer in seiner hausärztlichen Praxis – selbst davon überzeugen, daß die von ihm beauftragten Pfleger/innen, auch wenn sie zu einer Pflegeorganisation gehören, in der Lage sind, die von ihm angeordneten Maßnahmen fachgerecht durchzuführen. Dies muß er für jede Pflegekraft schriftlich dokumentieren und niederlegen (P 20/100, 21/3).

Die unmittelbare Verantwortlichkeit des Arztes endet dort, wo der primär pflegerische und/oder therapeutische Bereich beginnt. Die beauftragten Therapeuten sowie die beauftragten Pflegekräfte, vertreten durch die Stationsleitung und im Gesamtrahmen die Pflegedienstleitung und letztendlich die Heimleitung tragen im Rahmen ihres jeweiligen Kompetenzbereichs die Verantwortung.

Innerhalb der Heime geschieht die Überwachung der angeordneten Therapiemaßnahmen durch den Arzt, die Heim- und Pflegedienstleitung sowie die Stationsschwester (Zeugin Siegmann P 18/132).

Nach Angaben der Zeugin Dr. Tebbert (P 20/47) wird in vorbildlichen Heimen die Überwachung mittels „Kardex-System“ mit Gegenzeichnung des Arztes und des Pflegepersonals dokumentiert. Zur tatsächlichen Anwendung des Kardex-Systems erklärte die Zeugin:

„Die Situation verbessert sich, ist aber eben noch nicht gut“ (P 20/48).

#### b) Versorgung mit Arzneimittel

##### aa) Beschaffung

Die Beschaffung der von den Ärzten für die einzelnen Bewohner verordneten Medikamente wird überwiegend von den Heimen veranlaßt.

Zur tatsächlichen Handhabung berichtete die Zeugin Maute:

„Wir (Anm.: ‚Samariter-Stift‘ in Ostfildern) haben mit den Apotheken in unserem Wohnbereich Verträge abgeschlossen, daß die einmal am Tag ins Haus kommen, die Rezepte abholen und dann auch die Medikamente am selben Tag bringen, wenn notwendig, sogar zwischendrin. Nur ausgenommen das Wochenende; da müssen wir die Samstag/Sonntag-Apotheke nehmen. Wenn ein Heimbewohner das allerdings nicht will – es gibt einige Angehörige, die das nicht wollen –, dann übergeben wir dieses Rezept dem Angehörigen, und dann besorgt der das Medikament in der Apotheke seiner Wahl“ (P 18/110).

Auch nach Angaben des Zeugen Kreller werden die Medikamente von den Apotheken in das „Haus auf der Waldau“ (Stuttgart) gebracht:

„Alle Degerlocher Apotheken wechseln im Turnus von einem Vierteljahr ... alle in erreichbarem Umkreis vorhandenen Apotheken beliefern uns. Die nehmen auch die nicht mehr benötigten Medikamente wieder ab“ (P 18/125).

##### bb) Aufbewahrung und Vergabe

Die Arzneimittelpackungen werden einzeln mit dem Namen des jeweiligen Patienten beschriftet und in ständig abgeschlossenen Arzneischränken, zu dem nur die Fachkräfte Zugang haben, aufbewahrt. Die Arzneischränke enthalten für die Patienten separate Boxen. Diese mit dem Patientennamen gekennzeichneten Boxen haben jeweils eine Laufkarte, auf der die Verordnungen stehen und auch Veränderungen vom Arzt vorgenommen werden (Zeugin Siegmann, P 18/133).

Diese Form der Aufbewahrung wird nur dann nicht praktiziert, wenn „der Arzt verlangt oder anordnet, daß der Heimbewohner seine Medikamente selber verwaltet“ (Zeugin Maute, P 18/104).

Die Medikamente werden entsprechend der ärztlichen Anordnung in der Regel von der jeweiligen Schicht – bzw. Stationsleitung gerichtet und auch selbst oder durch eine ausgebildete Pflegekraft verteilt.

Kontrolliert werden Aufbewahrung und Ausgabe der Medikamente durch tägliche Dokumentation für jeden einzelnen Bewohner – in den meisten Häusern mittels „Kardex-Systemen“. Auf diese Weise ist es für den behandelnden Arzt auch möglich, rechtzeitig die Beschaffung neuer Medikamente anzuordnen.

Auf die Frage, ob „gelegentlich der Zugang zu Medikamenten leichter ist als das unter Umständen vom Papier her sein sollte“, sagte der Zeuge Campioni:

„Es gibt vielleicht eine Gruppe, die sogenannte Bedarfsmedikation, wo die Regelung etwas schwieriger ist. Das ist eine Medikation für bestimmte, meistens psychisch gestörte Bewohner, die gelegentlich Unruhezustände kriegen. Speziell für diese Leute wird, meistens auf Veranlassung der Stationsleitung, eine Bedarfsmedikation festgelegt, die in der Dosierung festgeschrieben ist und die man geben kann, aber auch, wenn es geht, nur nach Rücksprache mit dem Arzt. Das heißt, natürlich nur, wenn der Arzt erreichbar ist“ (P 19/58).

Auf Nachfrage erklärte der Zeuge für den Fall, daß der Arzt nicht erreichbar ist:

„Dann liegt es im Ermessen der Stationsleitung, dieses Medikament zu geben oder nicht, wohl gemerkt, nur in der vom Arzt verordneten Dosis“ (a. a. O.).

Auf die Frage nach ihm persönlich bekannt gewordenen Medikamentenmißbrauchs bekundete der Zeuge Kreller:

„Habe ich bisher sehr wenig davon gehört. Mit Valium und ähnlichen Medikamenten sind wir noch eigener. Die werden extra noch einmal verschlossen. Es ist in den meisten Heimen heute so. Da wird eigentlich immer nur so eine Wochenration herausgegeben. Wenn die nach einer halben Woche alle wäre, dann würde die Stationsschwester Alarm schlagen. Kommt eigentlich sehr selten vor“ (P 18/130).

Im Unterschied hierzu lassen die Ausführungen des Zeugen Campioni darauf schließen, daß zumindest vereinzelt in Heimen ein Medikamentenabusus besteht:

„Ich muß sagen, daß das in meinem Bereich eigentlich weniger vorkommt. Ich habe aber sehr oft Schüler, die bei mir in der Ausbildung sind, die sich über den restriktiven Umgang gerade mit Schlafmitteln und ähnlichen Dingen in meinem Bereich eigentlich wundern. Daraus muß ich schließen, daß das in anderen Häusern durchaus Gang und Gäbe ist. Ich habe es natürlich nicht erlebt. Ich weiß es nur indirekt“ (P 19/59).

#### cc) Verbleib der Arzneimittel verstorbener Heimbewohner

Die Beweisaufnahme ergab diesbezüglich eine unterschiedliche Praxis der Heime, die überwiegend in der Abgabe an die Angehörigen des Verstorbenen oder in der Entsorgung über die Apotheken besteht.

Zu der im „Samariter-Stift“ (Ostfildern) praktizierten Handhabung erklärte die Zeugin Maute:

„Die Angehörigen müssen dieses Medikament bekommen, weil es Eigentum des Bewohners ist. Wir dürfen also nicht sagen, wir verwenden das einfach für den Bewohner XY. Das geht nicht. Oder wenn dieses Medikament nicht mehr gebraucht wird, wird es ganz normal über die Apotheken entsorgt, so wie das in den Haushalten auch geschehen sollte, daß wir einfach die ganze Sache in eine Plastiktüte stecken und es zur Apotheke bringen“ (P 18/109).

Für das „Henriettenstift“ (Kirchheim/Teck) bekundete die Zeugin Siegmann:

„Wenn sie sterben, dann geht das in die Apotheke zurück, in der Regel. Denn wir haben kein Dispensarium, sondern jeder hat seine Medikamente. Wir teilen nicht zum Beispiel Schlafmittel irgendwie aus oder so etwas. Ich weiß, daß es so etwas gibt, aber nicht bei uns im Haus. Das habe ich verboten. Ich war vorher in der Klinik und weiß, was da manchmal für Mißbrauch getrieben wird. Ich erlaube es nicht“ (P 18/136).

Der Zeuge Dr. Walz berichtete aus seiner Praxis:

„Da war strenge Pflicht, daß die sofort zurückgegeben werden müssen, und die werden dann der jeweiligen Apotheke zur Vernichtung übergeben. Oder es war so wie bei uns, da ich so viele Patienten hatte – das war auch mit der Heimaufsicht und mit dem Gesundheitsamt besprochen –: Ich habe als Arzt die Möglichkeit gehabt, von den vielen Patienten diese Mittel zurückzunehmen im Sinne der Kostendämpfung – die sind alle vakuumverpackt, soweit es noch saubere auseinandergenommene Mittel waren – und von mir aus mit neuen Namen zu versehen“ (P 20/103).

Auf die Frage nach „Vorschriften, was mit den Medikamenten Verstorbener gemacht wird“, räumte die Zeugin Dr. Tebbert ein:

„Da ist mir nichts bekannt. Aber da müßte man sicher nachhaken, denn wie kommen denn sonst manche Heime – das weiß ich auch von einem Kollegen, der Heimbegehungen macht, daß da schon einmal von irgendeinem Heimbewohner, der verstorben ist, noch Medikamente da sind, oder die er nicht mehr braucht, Beruhigungsmittel, daß die dann zur Verfügung stehen oder auch noch da aufbewahrt sind“ (P 20/56).

Auf Nachfrage meinte sie:

„So etwas sollte man schon festlegen. Das kann ich mir vorstellen, daß man alles abgibt. In gut geführten Heimen werden die Medikamente entweder vernichtet, oder es wird so gemacht (Anm.: mit dem übrigen Besitz der Verstorbenen den Angehörigen mitgeben). Aber das andere gibt es auch noch“ (a. a. O.).

Auf Frage, ob Heimbewohner an Medikamente verstorbener Bewohner kommen können, erklärte der Zeuge Campioni apodiktisch:

„Das ist bei uns zumindest ausgeschlossen. Die sind bei uns unter Verschuß. Da kann ein Heimbewohner sowieso nicht ran. Und eigene Medikation läuft bei uns nicht. Das läuft also nur über einen Arzt. Und von daher gibt es da auch keine Probleme“ (P 19/63).

#### c) Kontrolle durch die Gesundheitsämter

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 27. September 1989, S. 5) wird im Rahmen der Mitwirkung bei der Nachschau nach § 9 Abs. 2 HeimG (vgl. hierzu die Darstellung unter VI. 1. b. cc) von den Ärzten der Gesundheitsämter neben der Einhaltung von Pflegeanweisungen insbesondere auch die ordnungsgemäße Aufbewahrung von Medikamenten einschließlich der Betäubungsmittel sowie das Vorliegen von Verordnungsnachweisen und die Übereinstimmung der Verordnung mit der Medikamentenausgabe geprüft. Das Ergebnis wird in einem Erhebungsbogen protokolliert.

In dem im August 1989 den Heimaufsichtsbehörden sowie den Gesundheitsämtern des Landes bekanntgegebenen Kriterienkatalog für eine ausreichende Versorgung, Betreuung und Pflege pflegebedürftiger Heimbewohner ist in dessen Nr. 3.7 festgelegt:

„Der Heimträger muß für alle Bewohner eine gesicherte und kontinuierliche ärztliche Betreuung gewährleisten. Die ärztlichen Verord-



nungen und Pflegeanweisungen, die vom Pflegepersonal durchzuführen, einzuhalten oder zu überwachen sind, müssen auf einem individuellen Pflegeplan dokumentiert und dem Arzt des Gesundheitsamtes auf Wunsch vorgelegt werden.“

Nach Auffassung der Zeugin Dr. Tebbert (P 20/51) bietet der Kriterienkatalog im Hinblick auf die Medikamentenkontrolle „nichts Neues“. Ihren Bekundungen zufolge führten die Gesundheitsämter bei den Heimbegehungen bereits in der Vergangenheit Medikamentenkontrollen durch. Dabei wird und wurde kontrolliert, ob die Medikamente unter Verschuß und mit Aufschrift des Namens aufbewahrt, Dokumentation und Gegenzeichnung erfolgt, Opiate von den übrigen Medikamenten getrennt aufbewahrt und in einem Betäubungsmittelbuch eingetragen sind und „die Medikamententagesration unter Verschuß gehalten wird und die Medikamente für den Tag nicht einfach an das Bett gestellt werden“ (P 20/49).

Die Verabreichung ruhigstellender Medikamente ist ihren Bekundungen zufolge in kleinen Einrichtungen „ein bißchen schwierig zu kontrollieren“ (P 20/50).

Auf die Frage, ob die Frequentierung der Heime durch die Heimaufsichtsbehörden grundsätzlich stärker sein sollte, meinte die Zeugin Dr. Tebbert:

„Ja. Ich würde das sagen, jetzt für den Stadtbezirk (Anm.: Karlsruhe). Nur sehen wir das nicht als unsere Aufgabe an. Das ist auch nicht so verstanden. Wir sind eine beratende Behörde, und die Heimaufsicht muß auf uns zukommen. Die setzt die Begehungen fest. Aber Personalmangel herrscht sowohl bei der Heimaufsicht als auch in den Ämtern. Das muß gesagt werden. Wenn man vielleicht auch die Heimbegehung jährlich macht (Anm.: häufiger als bisher), so wird mit Sicherheit praktisch auch die Intensität darunter leiden“ (P 20/54).

Der Zeuge Dr. Walz beurteilte die von den Heimaufsichtsbehörden durchgeführten Kontrollen als insgesamt positiv:

„Daß das alles jetzt so funktioniert, ist dem zu verdanken, daß jetzt überall Heimaufsichtsbehörden mit den Gesundheitsämtern zusammen sehr gründlich und gewissenhaft kontrollieren und eine Dokumentation über diese Kontrollen durchführen – mit Kritik an dem einzelnen Haus, das dann mitgeteilt bekommt, daß das und das nicht stimmt und daß das in dem und dem zeitlichen Abstand absolut zu beheben ist. Ich bin jetzt über zehn Jahre, fast elf Jahre in diesem Geschäft gewesen, ich habe erst mit 70 aufgehört. Diese Kontrollen haben sich überall sehr verbessert. Diese Dinge sind allmählich richtig und gut geworden – so mein Urteil“ (P 20/103).

Im Unterschied hierzu setzte sich die Zeugin Maute kritisch mit der Effizienz der Kontrollen durch die Gesundheitsämter auseinander:

„Aber ich muß Ihnen sagen, ich halte eigentlich eine Überwachung vor allen Dingen der angemessenen ärztlichen Versorgung, für eigentlich nicht möglich. Da müßte er (Anm.: Amtsarzt) ja die ganze Krankengeschichte im Grunde genommen verfolgen, sehen, wie hat es angefangen, wie war die Medikation, wann wurde sie verändert, wie sieht es jetzt aus. Ich halte es schlichtweg nicht für möglich.

Die überprüfen sehr wohl, ob wir unsere Medikamente sorgfältig aufbewahren. Die überprüfen auch anhand unseres Dokumentationssystems, wie die Verordnung läuft, wieviel verordnet wurde, wann wieder nachbestellt wurde. Das kann alles überprüft werden und wird es auch. Die haben da hineingeguckt. Aber alles andere, denke ich, ist sehr schwierig für jemand, der drei Stunden ins Haus kommt, und das im Rahmen eines Heimdurchgangs“ (P 18/116).

## 6. Pflegerische Versorgung

### a) Tatsächliche Versorgungssituation

Überwiegend wird die tatsächliche stationäre Pflegesituation eher negativ charakterisiert mit pauschalen Aussagen wie „Satt- und-Sauber-Pflege“ (Zeuge King, P 13/61, ebenso Zeugin Berlé, P 16/124) sowie „Ruhig-Pflege, bei der selbst die Grundversorgung manchmal ganz erheblich gefährdet ist“ (Zeuge King, a. a. O.).

Positiv hob der Zeuge Dr. Hummel unter Bezugnahme auf einen vergleichenden Heimtest der Zeitschrift „DM-Test“ hervor:

„Heime sind eher besser als ihr Ruf, unterscheiden sich erheblich nach Qualität und Konzeption, wobei die Heime der freien Wohlfahrtsverbände noch am besten abschneiden im Unterschied zu den Heimen der öffentlichen und privaten Träger“ (Wohnen, S. 4).

Mit negativem Akzent betrachtete jedoch auch er die Versorgungssituation im Falle zunehmender Pflegeintensität:

„Je mehr Pflege geleistet werden muß, um so unzureichender sind die Personalbedingungen, um so unbefriedigender die normalen Versorgungs- und Wohnstandards“ (a. a. O.).

Die Situation in der stationären Pflege ist im wesentlichen gekennzeichnet durch

### aa) zunehmende Pflegeintensität

Der Anteil der schwer- und schwerstpflegebedürftigen Heimbewohner, die einer immer intensiveren Pflege bedürfen, nimmt infolge laufender Veränderung der Bewohnerstruktur ständig zu. Diese Entwicklung ist zurückzuführen auf

- das permanent ansteigende Heimeintrittsalter, das derzeit im Durchschnitt bei 80 Jahren liegt und seit einigen Jahren noch weiter ansteigt. Diese hochbetagten, alten Menschen sind überwiegend von Altersverschleißkrankheiten betroffen mit einem „hohen Maß an körperlichen, geistigen und psychischen Gebrechen, die die Lebensqualität des alten Menschen natürlich auch stark im Heim beeinträchtigt“ (Zeugin Arnold, P 16/51).
- Zu einem wesentlichen Teil ist das ansteigende Heimeintrittsalter mit der Folge zunehmender Pflegebedürftigkeit auf den verstärkten Ausbau der ambulanten Hilfeangebote zurückzuführen, da damit ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht wird;
- die Zunahme des Anteils der Heimbewohner mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, die der Zeuge Dr. Hummel zum Teil auf eine „wesentlich kürzere Verweildauer, zum Teil auf eine Nichtmehraufnahme älterer Menschen in psychiatrischen Einrichtungen“ (P 20/13) zurückführte;
- die unmittelbar im Anschluß an eine Akutbehandlung im Krankenhaus erfolgende Aufnahme von etwa 50 % der Heimbewohner, weil u. a. aufgrund überlasteter Rehabilitationseinrichtungen „im Endeffekt nur der Weg ins Pflegeheim bleibt“ (Zeugin Wiesnagrotzki, P 16/7);
- den deutlichen Anstieg der Sterbefälle in den Heimen und als Resultat davon auch die durchschnittliche Verweildauer.

Die zunehmende Pflegeabhängigkeit führt zu einer vollständigen Abhängigkeit der Pflegeheimbewohner sowohl bei der Gestaltung des Tagesablaufs (z. B. der Gang zur Toilette) als auch bei der grundpflegerischen Versorgung wie An- und Auskleiden, bei der Körperpflege und selbst bei der Nahrungsaufnahme (Zeugin Arnold, P 16/52).

## bb) Krankenhausähnlicher Zustand der Pflegeheime

Hierzu bekundete die Zeugin Arnold:

„Aufgrund des hohen Alters und der damit verbundenen Verschleißkrankheiten haben wir heute eine Behandlungspflege mit Medikamentenversorgung, Infusionstherapie, mit Sondenernährung, mit Verbandswechseln, Injektionen, die eigentlich nach meiner Erfahrung dem klinischen Bereich ähnlich kommen. Wir nehmen die Leute ja sehr früh aus den Kliniken zurück, weil wir sagen: Wenn der alte Mensch bei uns ist und die Klinik ihn nicht weiter behandeln kann, ist er bei uns eigentlich wieder am richtigen Platz. Und wir fühlen uns natürlich auch fachkompetent aufgrund unserer Qualifikation als Altenpfleger und Krankenschwestern“ (P 16/53; im Ergebnis ebenso: Zeugen Junker, P 15/34, und Dr. Hummel, P 20/14).

## cc) Personalmangel

Die zunehmende Pflegeintensität älterer Menschen bedingt einen ständig steigenden Anforderungsgrad in der Pflege. Das hierfür erforderliche Pflegepersonal steht jedoch nicht zur Verfügung. Dies folgt zum einen aus den Klagen von Heimbewohnern über zu geringe zeitliche Zuwendung durch das Pflegepersonal (vgl. Schilderungen unter VI. 6. b) cc). Des weiteren wurden bzw. werden – wenn auch (noch) in geringem Umfang – vorhandene Pflegebetten wegen Personalmangels nicht (mehr) belegt.

Auf die Frage: „In welchem Umfang sind vorhandene Pflegebetten nicht belegt, weil das dafür notwendige Pflegepersonal nicht zur Verfügung steht, und wo?“ bekundeten bei der Beweisaufnahme am 27. Juni 1989 die Zeugen Gruber und King:

„Bei uns (Anm.: Altenheim St. Vinzenz, Filderstadt) sind im Augenblick – fast das letzte halbe Jahr – 16 Betten nicht belegt, weil das notwendige ausgebildete Personal nicht vorhanden ist“ (Zeuge Gruber, P 13/37).

Auf Nachfrage verdeutlichte der Zeuge Gruber:

„Wir planen auf die Zukunft, indem wir Betten abbauen. Das heißt schlichtweg, daß ich aufgrund der Personalsituation sage: Wenn ich den bisherigen Pflegestandard und die bisherige Pflegequalität erhalten will, das heißt, nicht noch mehr nichtqualifiziertes Personal in die Einrichtung stecken will, dann muß ich einfach aus meiner Sorge für die Heimbewohner hier sagen, ich kann nicht mehr“ (P 13/44).

Der Zeuge King berichtete für den Fall, daß auf einer Pflegestation zeitweilig keine Fachkraft mehr anwesend ist:

„Wir (Anm.: Caritasverband Stuttgart e. V.) haben gesagt: Wenn diese Situation eintritt, dann machen wir sofort Belegungsstopp . . . Das ist also nicht nur eine Frage, daß wir nicht nur sagen, wenn wir das Personal quantitativ nicht haben, sondern auch, wenn wir qualitativ die Versorgung nicht mehr sicherstellen können, machen wir Belegungsstopp, und wir haben im letzten Sommer ein Loch gehabt, wo wir sofort Belegungsstopp gemacht haben“ (P 13/80).

Im Unterschied hierzu gab die Zeugin Wiesnagrotzki als Leiterin des Altenheims „Obertor“ in Esslingen a. N. bei der Beweisaufnahme am 29. September 1989 an:

„Bei uns sieht es so aus, daß wir alle Pflegebetten belegen, und wir helfen uns damit, daß wir pro Station etwa fünf bis sieben bekannte Aushilfen haben, die einspringen, wenn irgendwo Not am Mann ist, das heißt ziemlich regelmäßig. Wir brauchen Aushilfen fast regelmäßig an Wochenenden, regelmäßig in Urlaubszeiten und in Krank-

heitszeiten, das heißt fast das ganze Jahr. Dadurch können wir alle Betten belegen, bis auf 2–3 Tage dazwischen manchmal, weil man ja jemanden aussuchen muß, der zum anderen paßt“ (P 16/9).

Nach seiner Kenntnis befragt, ob vorhandene Pflegeplätze wegen akuten Personalmangels nicht belegt sind, erwiderte der Zeuge Dr. Reichert im Rahmen der Beweisaufnahme am 18. Oktober 1989:

„In der Altenpflege nicht, nein; in den Krankenhäusern, ja“ (P 17/21).

Optimistisch hatte sich der Zeuge Junker bereits am 5. September 1989 geäußert:

„Für unseren Träger (Anm.: Verband schwäbischer Feierabendheime e. V.) gilt – ich glaube, das kann man für die Diakonie fast vollständig in Württemberg sagen –: Es gibt keine freien Plätze zur Zeit wegen Personalmangel (P 15/43) . . . Ich behaupte sogar, ich kriege keinen Personalnotstand, auch in Zukunft nicht“ (P 15/45).

Seine optimistische Einschätzung führte er im wesentlichen auf die innerhalb seines Verbandes bereits begonnenen Personalentwicklungsmaßnahmen zurück (vgl. hierzu unter VII. 1. c).

Ein eher pessimistisches Bild zeichnete der Zeuge Kreller als Leiter des Heims „Haus auf der Waldau“ in Stuttgart bei der Beweisaufnahme am 21. Januar 1990:

„Das geschieht kontinuierlich immer einmal wieder, in ganz Stuttgart fast, daß man Mitarbeiter weniger hat und dann 4, 5 Betten leerläßt und dann jemand gewinnt und dann wieder – „ganze Station“ – das ist bei der Stadt – glaube ich, letztes Jahr einmal passiert, ansonsten nicht; aber das kommt verstärkt. Irgendwo geraten wir dann in Grenzbereiche, wo es zur gefährlichen Pflege wird“ (P 21/122).

b) Die durchschnittliche Betreuungszeit als Maßstab für den Versorgungsstandard

aa) Aussagewert von Zeitanalysen

Mittels Zeitanalysen werden die tatsächlich (cc) erbrachten und/oder die aufgrund vorgegebener Personalschlüssel rechnerisch (bb) möglichen Betreuungszeiten ermittelt und in Form von „Mindestwerten“ angegeben.

Zur Funktion der „Minutenwerte“ erklärte der Zeuge Dr. Jopen:

„Isoliert betrachtet ist der Aussagewert derartiger Minutenwerte gering einzuschätzen; denn der Bedarf schwankt von Bewohner zu Bewohner erheblich. Er ist auch im Verlauf eines Jahres an 365 Tagen keineswegs gleichbleibend. Darüber hinaus gibt es Leistungen des Personals, die bewohnerunabhängig sind, und auch solche, die gleichzeitig mehreren Bewohnern zugute kommen. Dennoch stellt ein derartiger Minutenwert ein taugliches Mittel für eine vergleichende Betrachtung dar, zumal die Schlüsselangaben aufgrund ihrer unterschiedlichen Berechnungsformen häufig in die Irre führen“ (P 15/13).

Kritischer beurteilte der Zeuge Dr. Hummel den Aussagewert von Zeitanalysen:

„Hier möchte ich skeptisch anmerken, daß . . . hier Zeit nur berechnet wird als die Menge der durch professionelle Mitarbeiter zugewendeten Hilfe. Ich meine, daß wir in Zukunft bei einer ganzheitlich orientierten Altenpflegezeit auch noch komplexer sehen müssen als die Zuwendungszeit von Bewohner zu Bewohner, von Angehörigen zu Bewohnern, von Mitarbeitern und ihren unterschiedlichen Berufsgruppen, so daß ich selbstkritisch anmerken möchte: Diese Zeitanalysen

sind schlichtweg auch politische Hilfsmittel, um deutlich zu machen – und zwar nicht dem einzelnen Politiker, sondern der Öffentlichkeit –, mit welchem Versorgungsstandard wir uns in der Altenhilfe begnügen“ (P 20/14).

#### bb) Rechnerische Betreuungszeit

(1) Bei dem bis zum 31. Dezember 1989 geltenden Personalschlüssel von 1 : 3,5 standen rein rechnerisch 73 Minuten pro Bewohner und Tag und 89 Minuten pro Pflegebedürftigen und Tag aufgrund des Schwerstpflege-Schlüssels von 1 : 2,9 zur Verfügung (Zeugin Müller, P 16/28).

(2) Bei dem ab 1. Januar 1990 vereinbarten Personalschlüssel 1 : 2,65 kann rein rechnerisch eine durchschnittliche Betreuungszeit von zirka 97 Minuten (Zeugin Müller, P 16/28) und bei dem ab 1. Januar 1991 beabsichtigten Personalschlüssel von 1 : 2,37 eine durchschnittliche Betreuungszeit in Altenpflegeheimen von 125 Minuten pro Tag und Bewohner sowie in geronto-psychiatrischen Spezialeinrichtungen 135 Minuten pro Tag und Bewohner erbracht werden, wobei 20 % des Betreuungsaufwandes durch Hilfskräfte vorausgesetzt wird (Zeuge Dr. Jopen, P 15/13).

Ausgehend vom Pflegealltag, in dem trotz des neuen Personalschlüssels ab 1. Januar 1990 „nie mehr als maximal zwei Pflegekräfte für 20 Bewohner anwesend sein können, um alles, was an anfallenden Aufgaben erledigt werden muß, zu bewältigen“, plädierte die Zeugin Müller (P 16/32) dafür, die Pflegeschlüssel-Diskussion nicht abzubrechen, sondern ganz neu mit den Betroffenen gemeinsam weiterzuführen.

(3) Der Zeuge Junker bemängelte, daß bei der rechnerischen Ermittlung der durchschnittlichen Leistungszeit pro Tag einer Pflegekraft immer noch davon ausgegangen wird,

„daß wir in den Pflegeheimen in erster Linie manuelle Dienste leisten, also Essen bringen, zur Toilette bringen, daß aber der andere Teil, nämlich der sogenannte Betreuungsdienst, nicht ausreichend bekannt, von uns auch nicht ausreichend dokumentiert ist, und wir (Anm.: Verband schwäbischer Feierabendheime e. V.) haben deshalb mit der Universität Hohenheim eine Studie zusammen aufgelegt, einen Forschungsauftrag, der den Zusammenhang zwischen manuellen Betreuungsdiensten einmal feststellen soll. Wieviel Betreuungsaufwand steckt eigentlich in den manuellen Diensten?

... Wir vermuten, daß das Verhältnis manueller Dienste zur Betreuung etwa im Verhältnis 1 : 3 steht, also daß drei Einheiten Betreuungsaufwand sind und nur eine Einheit manuelle Dienstleistung. Das wäre eine enorme Kostenexplosion, würde man das in Zahlen umsetzen“ (P 15/40).

Diese Betreuungsdienste, wie beispielsweise „jemanden in einem Gespräch ein bißchen aufmuntern oder ihn irgendwohin mitnehmen ...“, müssen wir eigentlich zusätzlich irgendwie bewerkstelligen,“ erläuterte die Zeugin Wiesnagrotzki (P 16/10).

#### cc) Tatsächliche Betreuungszeit

Die Angaben zur tatsäc hlich zur Verfügung stehenden Betreuungszeit bewegten sich zwischen 50 Minuten (Zeugin Berlé, P 16/125) und 140 Minuten (Zeugin Müller, (P 16/41), wobei letzterer Wert mit dem Schwerstpflegeschlüssel von 1 : 2,9 und dem Einsatz von Praktikanten sowie Altenpflegeschülern errechnet wurde.

Obwohl die Angaben über die tatsächliche Zuwendungszeit sich erheblich unterschieden, wurde dennoch die tatsächliche Versorgungssituation aus der Sicht der Bewohner bemerkenswert ähnlich beschrieben.

Die Zeugin Berlé bekundete:

„Ich höre das immer mal wieder, wenn ich da in einem Krankenzimmer bin, daß ein Patientin sagt: ‚Ich möchte jetzt irgend etwas.‘ Bis ich der Schwester das gesagt habe, dann sagt die: ‚Ich habe keine Zeit.‘ – ‚Ja, ja es ist schon recht.‘ Das muß man sich einmal vorstellen. Und die Schwestern und die Pflege, die werden dann nervös und wissen nicht, wo sie zuerst hingehen sollen, vor lauter Klingeln und Rufen. Und man muß sich wundern, daß sie nicht schon die Nerven verloren haben und unfreundlich sind. Das sind sie nicht“ (P 16/124).

Die Zeugin Müller berichtete:

„Ich kriege es oft gesagt als Heimleitung: Bitte, Schwester, hören Sie mir zu. Bitte, Schwester, versuche doch, mich als Mensch mit Leib und Seele, mit einem empfindsamen Gemüt und vor allem auch mich mit meinen alten Knochen, meinem rheumatischen Rücken, meinem verlangsamten und oft ein wenig verwirrten Gedächtnis zu verstehen. Und vor allem, laß mir ein wenig mehr Zeit. Bitte hetze mich nicht immer so aus dem Bett und an den Kaffeetisch und dann . . . Ja, was kommt dann? Dann hast Du keine Zeit mehr für mich, dann sitze und sitze ich meine Stunden und Tage, meine Monate und oft auch Jahre ab, ohne große Abwechslung, denn alles, was nicht nach meßbarer Zeit riecht, ist nichts und wird nicht gewertet, ja von manchen sogar als Zeitvergeudung angesehen“ (P 16/36).

c) Auswirkungen der neuen Personalschlüssel auf die Versorgungssituation

Nach Einschätzung des Zeugen King hat der bisherige Personalschlüssel vor etwa 16 Jahren aufgrund einer völlig anderen Bewohnerstruktur und anderen Arbeitszeit- und Tarifverhältnissen „noch einigermaßen ausgereicht“ (P 13/61).

Die vereinbarte Verbesserung des Personalschlüssels ab 1. Januar 1991 bedeutet rein rechnerisch im Stellenplan eine Verbesserung um durchschnittlich 30,4 v. H. (Zeuge Walter, P 21/161). Die damit verbundenen Auswirkungen auf die tatsächliche Versorgungssituation wurden im Rahmen der Beweisaufnahme je nach Interessenlage unterschiedlich bewertet.

aa) Bewertungen

Aus der Sicht der Kostenträger vertrat der Zeuge Dr. Jopen die Auffassung, daß mit dem vorgesehenen Personalschlüssel von 1 : 2,37 zwar „eine permanente individuelle Betreuung nicht möglich, jedoch eine gruppenbezogene Pflegekonzeption realisierbar ist, bei der sich feste Mitarbeiter kontinuierlich um kleinere Bewohnergruppen kümmern“ (P 15/11; ähnlich Zeuge Walter, P 21/161).

Im Unterschied hierzu wird nach Ansicht der Heimträger eine tatsächliche Verbesserung der Versorgungssituation nicht erreicht (Zeuge Junker, P 15/39; ebenso Zeuge Dr. Hummel, P 21/12). Vielmehr wird mit dem künftigen Personalschlüssel lediglich der in den letzten Jahren entstandene Nachholbedarf abgedeckt, der infolge „Veränderungen hinsichtlich des Anforderungs- und Schwierigkeitsgrads der Pflege in den stationären Einrichtungen“ (Sachverständiger Dr. Bäcker, P 16/147), tarifvertraglicher Arbeitszeitverkürzungen und die damit, jedenfalls teilweise in Zusammenhang stehenden, „ansonsten nicht abzutragenden Überstunden“ (Zeugin Arnold, P 16/64) entstanden war. Aus diesen Gründen ist davon auszuge-

hen, daß die „verbesserten Personalschlüssel, selbst wenn die dafür vorhandenen Stellen auch tatsächlich besetzt werden können, nicht ausreichen, um den Anforderungen einer aktivierenden und rehabilitativen Pflege gerecht zu werden“ (Sachverständiger Dr. Bäcker, P 16/147; ebenso Zeuge King, P 13/74).

Darüber hinaus prognostizierte der Zeuge Junker:

„Wir werden spätestens in einem Jahr dieselbe Thematik wieder auf dem Tisch haben, denn bis dahin ist der Anteil der Schwerpflegebedürftigen in den stationären Einrichtungen erneut angestiegen. Also die Katze holt sich fortwährend durch das Beißen in den Schwanz wieder ein“ (P 15/39).

#### bb) Schwierigkeiten beim Vollzug des verbesserten Personalschlüssels

Während die Auswirkungen des verbesserten Personalschlüssels auf die tatsächliche Versorgungssituation je nach Interessenlage unterschiedlich eingeschätzt wurde, bestand die übereinstimmende Ansicht, daß bei der Umsetzung des Stufenplanes sich erhebliche Schwierigkeiten bei der Gewinnung von weiteren Pflegekräften abzeichnen.

Die Schwierigkeiten lassen sich im wesentlichen auf zwei Aspekte zurückführen:

- **Zusätzlicher Personalbedarf:** Aufgrund des verbesserten Personalschlüssels können im Pflegedienst in den Alten- und Altenpflegeheimen nach Verwirklichung der zweiten Stufe zusätzlich rund 4 100 Stellen geschaffen werden. Ferner sollen bis zum Jahre 2000 landesweit mindestens 1 400 Alten- und Pflegeheimbetten geschaffen werden (vgl. Darlegung unter VI. 2. d), die unter Zugrundelegung der neuen Schlüssel zusätzlich rund 9 000 Mitarbeiter erfordern werden. Gleichfalls ist in den anderen ambulanten und stationären Hilfeangeboten des Sozialbereichs mit einem steigenden Arbeitskräftebedarf zu rechnen. Zusätzliche Pflegekräfte werden ebenfalls Krankenhäuser, Kurkliniken, Reha-Zentren und ähnliche Einrichtungen suchen.
- **Der deutliche Rückgang der Zahl junger Arbeitskräfte** (Rückgang des Personenkreises der 17- bis 19jährigen bis Mitte der Neunzigerjahre um bis 50 v. H.).
- **Bereits bestehende Probleme der Personalgewinnung:** Nach Angaben des Zeugen Kreller ist „der Markt (Anm.: an examinierten Mitarbeitern) im Grunde leer, zumindest im Stuttgarter Raum ... mit Mitarbeitern, die ungelernt sind und die wir anlernen können, versuchen wir gerade neue Wege zu gehen, Mitarbeiter aller Altersgruppen zu erreichen. Dies ist auch noch schwierig“ (P 21/114).

Mit den Worten des Zeugen Dr. Hummel ist insgesamt davon auszugehen, „daß die Pflegesituation eigentlich nicht dramatisch genug eingeschätzt werden kann, weil gleichzeitig das Helferpotential abnimmt. Es ist also völlig zweitrangig, ob die Zahl der Betroffenen zunimmt; das Helferpotential nimmt dramatisch ab“ (P 20/13).

Aus diesem Grunde wird die Deckung des in Zukunft weiter anwachsenden Personalbedarfs „eine der herausragenden sozial- und gesellschaftspolitischen Schwerpunktaufgaben der Neunzigerjahre sein“ (Zeugin Barbara Schäfer, P 21/68).

Wegen der vielfältigen Aspekte und Vorschläge für die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe als die entscheidende Bedingung für eine erfolgversprechende Personalgewinnung wird auf die Ausführungen unter VII. 1. c) verwiesen.

## d) Menschenwürdige Versorgung

## aa) Qualitätskriterien

Bei der Frage nach Kriterien für eine menschenwürdige Versorgung sind zunächst die Lebensqualitätsansprüche der Heimbewohner, deren Durchschnittsalter 84 Jahre ist, von denen jüngerer Menschen und/oder anderen älteren Nichtheimbewohnern zu unterscheiden (Dr. Hummel, P 20/15).

Negativ läßt sich „Menschenwürdige Versorgung“ anhand eines von der Zeugin Berlé geschilderten Beispiels aus dem Heimalltag (bei einer durchschnittlichen 50-Minuten-Pflege pro Tag) abgrenzen:

„In der Pflegestation sind drei Patienten, die gefüttert werden müssen. Die sitzen nebeneinander, und der Pfleger steckt ihnen nacheinander den Löffel in den Mund – ich meine, immer wieder einen anderen Löffel. Das ist wie in einer Hühnerbatterie. Das ist menschenunwürdig“ (P 16/125).

Positiv stellte der Zeuge King den selbstbestimmten Tagesablauf in den Mittelpunkt, der über verbesserte Personalschlüssel und damit mögliche Rehabilitation realisiert werden kann:

„... , daß ein Pflegebedürftiger menschenwürdig versorgt wird. Das heißt für mich, daß er bißchen Lebensqualität bekommt, und diese Lebensqualität heißt eben nicht 24 Stunden im Bett liegen, sondern das heißt, daß ich einen Tagesablauf aufbauen kann, in dem der Betreffende die Chance hat, daß er sein Bett zeitweilig verlassen kann – als Minimalforderung –, daß ich die Forderung aufstellen möchte: Wir brauchen dringend rehabilitative Maßnahmen. Wir müssen die Rehabilitation in den Heimen verstärken... das heißt, ein eindeutig besserer Personalschlüssel“ (P 13/84).

Detaillierter nannte die Zeugin Müller insgesamt 16 für eine ganzheitliche menschenwürdige Betreuung notwendige Dienste:

- „1. Eingehen auf den Bewohner, Beobachtung der Vitalfunktionen;
2. Aktivierende Pflege im täglichen Umgang und gezielte Aktivitätsangebote, Mobilisation;
3. Hilfe bei der täglichen Körperhygiene, besonders Morgen- und Abendtoilette, Baden, Duschen, Haar- und Nägelpflege;
4. Rehabilitationsaufgaben bzw. Maßnahmen als optimale Hilfe und Hilfe zur Selbsthilfe;
5. Toilettentraining bzw. Kontinentztraining verschiedener Art;
6. Realitätsorientierungstraining;
7. Medikamentengabe und entsprechende Überwachung;
8. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme unter ganzheitlichen und gesundheitsfördernden Maßnahmen;
9. sinnvolle Beschäftigungsangebote im Sinne auch der Gesundheitserziehung;
10. Soziale Bezüge fördern bzw. wiederherstellen oder neu schaffen;
11. Ruhen und Schlafen, jeweilige Hilfen;
12. Hilfen beim täglichen Ankleiden, jahreszeitgerechte und situationsbedingte Gegebenheiten berücksichtigend;
13. Krankheitsverhindernde, gesundheitsfördernde und gesundheits-erhaltende Maßnahmen anwenden;
14. Bewohner vor Krankheit und Unfällen schützen (z. B. Hygienemaßnahmen, verwirrte Bewohner beaufsichtigen, Pflegequalität überprüfen etc.);



15. Behandlungspflege wenn erforderlich (z. B. Dekubituspflege, Pflege bei Fieber, Grippe, nach Krankenhausaufenthalt);
16. Seelsorgerliche Betreuung, Gesprächsführung, Sterbebegleitung“ (P 16/34).

Eine grundlegende Neuorientierung des Pflegeprozesses prognostizierte der Zeuge Dr. Hummel bei der Beweisaufnahme am 8. Dezember 1989:

„... Der Betroffene selbst muß wieder stärker in die Situation kommen, daß er definiert, daß er sagt, was er braucht . . . Ich ergänze: Das ist nicht nur eine erfreuliche Entwicklung. . . Wir gingen noch in der Zeit, als ich hier Heimleiter war, davon aus, daß es zu den ethischen Prinzipien gehört, daß man auf einem Stockwerk eben auch Verwirrte hält. Heute kann der rüstige Bewohner daherkommen und vor Gesetz den Dementen rausklagen mit der Folge, daß wir uns also auch Gedanken machen müssen, um die Frage der Selbstbestimmung. Wer entscheidet den Pflegeprozeß? Das bedeutet eben auch, etwa bei selbstverwalteten Pflegeeinrichtungen, daß ältere Menschen auch die Pfleger aus der Wohnung hinausschmeißen, wenn es eben nicht so läuft“ (P 20/32).

#### bb) Zeitaufwand

Allgemeinverbindliche Angaben über den Zeitaufwand von Pflegekräften zur Sicherstellung einer menschenwürdigen und ganzheitlichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen können nicht gemacht werden, da Pflegebedürftigkeit für sich nicht meßbar ist. Dagegen können die für eine menschenwürdige und ganzheitliche Versorgung erforderlichen einzelnen Pflegeleistungen mit dem hierfür tatsächlich erforderlichen bzw. erbrachten Zeitaufwand angegeben bzw. ermittelt werden. Allerdings „gibt es nicht einen festgefügten Leistungskatalog, unter dessen Summe dann stehen würde: Das ist menschenwürdig“ (Zeuge Oswald, P 4/122).

Vielmehr müssen „alle, die am Verfahren (Anm.: der Festlegung der Pflegesätze in der Pflegesatzkommission) beteiligt sind, gleichermaßen beurteilen, was „angemessen“ und „menschenwürdig“ ist“ (Zeuge Dr. Kilian, P 4/60).

Aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen der Heim- bzw. Kostenträger und auch der Heim- bzw. Pflegedienstleitungen ergaben sich bei der Beweisaufnahme unterschiedliche Auffassungen zum Umfang der für eine menschenwürdige Versorgung erforderlichen Leistungen und dem damit verbundenen Zeitaufwand.

Aus der Sicht der Kostenträger erklärte der Zeuge Dr. Jopen:

„Die Heimträger und die Kostenträger sind der Auffassung, daß mit dem neuen Personalschlüsselkonzept eine menschenwürdige ganzheitliche Versorgung geleistet werden kann. Das heißt andererseits nicht, daß hiermit die denkbar beste und optimale Versorgung bereits erreicht ist.

Auch gegen die von uns vereinbarte Standardbesetzung läßt sich sicher manches fachlich sagen. Die Kostenträger haben in den Verhandlungen auch betont, daß mit der personellen Besetzung durchschnittlichen Qualitätsanforderungen entsprochen wird. Es müßte einerseits eine erkennbare Unterversorgung vermieden werden, andererseits könne angesichts der begrenzten finanziellen Spielräume in keinem Tagesabschnitt eine außergewöhnlich großzügige Personalausstattung – gemessen am jeweiligen Bedarf – vorgesehen werden“ (P 15/13).

Im Unterschied hierzu vertraten alle anderen zu dieser Thematik befragten Zeugen die Auffassung, daß die aufgrund des verbesserten Personalschlüssels rechnerisch möglichen Betreuungszeiten zwar eine Verbesserung ge-

genüber der bisherigen Situation, jedoch im Hinblick auf eine menschenwürdige ganzheitliche Versorgung unzureichend sind.

Der Zeuge King (P 13/63) hielt unter Hinweis auf wissenschaftliche Untersuchungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe eine Betreuungszeit von 140 bis 170 Pflegeminuten bei Schwerstpflegebedürftigen für erforderlich, während der Zeuge Gruber (P 13/32) in geronto-psychiatrischen Spezial-einrichtungen einen täglichen Pflegezeitaufwand von 300 bis 320 Minuten und die Zeugin Müller (P 16/44) sogar eine tägliche Betreuungszeit von zirka 400 Minuten pro Pflegeheimbewohner und Tag für angemessen erachtete.

Der von der Zeugin Müller angegebene notwendige Zeitaufwand ergibt sich aus der im folgenden wiedergegebenen „Tagesanalyse-Soll-Zeit und Arbeitszeitchronologie“, die sie in Zusammenarbeit mit 8 Pflegedienst- und Heimleiterinnen aus dem Caritas-Bereich zur Vorbereitung der Beweisaufnahme am 29. September 1989 erarbeitet hatte:

Tagesanalyse SOLL-ZEIT und Arbeitszeitchronologie (P 16/174)

Uhrzeit	Zeitaufwand	Tätigkeit
0.00		
1.00		
2.00	15 Min.	2. Wickelrunde nachts
3.00		
4.00		
4.30	15 Min.	3. Wickelrunde nachts
5.00		
6.00		
7.00	10 Min.	Wecken des Bewohners, Aktivierung
7.30	40 Min.	Morgentoilette, Anziehen, Toilettengang, Wickeln, Bett machen, Aufräumen, zum Frühstücksraum bringen, Medikamenteingabe etc.
8.00	30 Min.	Frühstück – als Rehabilitationsmaßnahme und optimale Hilfe zur Selbsthilfe, Eingehen auf den Bewohner etc.
9.00		
9.30	10 Min.	Toilettengang
	30 Min.	Gehübungen – Aktivierung und Realitätsorientierungshilfe und Rehabilitationsmaßnahme (15 Min. bei 2 Helfern)
10.00	5 Min.	zweites Frühstück
10.30	10 Min.	Toilettengang etc. (Wickeln, Umlagern)
11.00		
12.00	30 Min.	Mittagessen, Medikamentengabe etc.
12.45	15 Min.	Toilettengang, Pampers wechseln, zu Bett bringen
13.00		
13.45	3 Min.	Übergabe (60 Min. pro WB mit 20 Bewohnern)

Uhrzeit	Zeitaufwand	Tätigkeit
14.00	10 Min.	Aufstehen, frisch machen, Toilettengang
14.45	10 Min.	Nachmittagskaffee (unter Umständen länger)
15.00		
15.30	60 Min.	Toilettentraining, Wickeln, Aktivitäten (wöchentlich anfallende Dinge wie zum Beispiel Baden, Duschen, Haar- und Nagelpflege, Spaziergang, Gespräch etc.)
16.00		
17.00	30 Min.	Vorbereitung für das Abendessen (Brote richten, eingeben, abräumen etc.)
18.00		
19.00		
20.00	30 Min.	zu Bett bringen (zuvor Toilettengang, Wickeln, Abendtoilette etc.)
20.45	5 Min.	Spätmahlzeit
21.00		
22.00		
23.00		
23.30	15 Min.	1. Wickelrunde nachts (optimal 3 × 15 Min.)
	25 Min.	5 × 5 Min. während des Tages zum Trinken geben
	5 Min.	Anteil Pflegedienstleitung (pro 50 Bew. 1 PDL)
	403 Min.	

## 7. Teilstationäre Versorgung gerontopsychiatrisch kranker Menschen

### a) Zielsetzung gerontopsychiatrischer Tagesstätten

Mit der Tagesbetreuung chronisch psychisch kranker älterer Menschen werden grundsätzlich folgende Ziele verfolgt (Zeugen Casse, P 10/120, und Dr. Krauß, P 19/37):

- Verbesserung der Lebensumstände der psychisch kranken älteren Menschen (und ihrer pflegenden Angehörigen)
- Verbesserung und Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation (und u. U. ihrer pflegenden Angehörigen)
- Erhaltung, Förderung und Reaktivierung geistiger, psychischer, körperlicher und sozialer Fähigkeiten
- Ermöglichen des Verbleibens in der vertrauten sozialen Umgebung
- Entlastung der Angehörigen und Verwandten in der Versorgung von psychisch auffälligen alten Familienmitgliedern
- Vermeidung klinischer gerontopsychiatrischer Aufenthalte, die bislang „bei unzureichender Wirkung von Medikamenten aus eigentlich sozialer Indikation immer wieder“ von den Hausärzten veranlaßt wurden (P 10/121).

- Vermeidung von Heimunterbringungen, „die sich zwar bei rechtzeitiger Planung als günstig erweisen kann, beim Zustand der psychischen Entgleisung jedoch zusammen mit der Trennung aus dem gewohnten Milieu eine endgültige Entwurzelung bedeuten würde“ (P 10/121).

Oberster Grundsatz der gerontopsychiatrischen Tagesbetreuung ist es, „daß der Betreffende nur so viel Unterstützung erfährt, wie er braucht, um sich weiterhin selbständig in seinem Lebensraum fühlen zu können“ (Zeuge Dr. Krauß, P 19/38). Unterforderung und Überversorgung sollen vermieden werden.

#### b) Zielgruppe gerontopsychiatrischer Tagesstätten

Das Angebot gerontopsychiatrischer Tagesbetreuung richtet sich an physisch mobile alte Menschen, „deren Schwierigkeiten, mit ihrem täglichen Leben zurecht zu kommen, aus einer geistigen oder seelischen Erkrankung herrühren“ (Zeuge Dr. Krauß, P 19/36).

Körperliche Erkrankungen und Behinderungen stehen einer Aufnahme nicht entgegen, sofern die Betroffenen hinreichend körperlich mobil und nicht akut krankenhausbehandlungsbedürftig sind. Nicht aufgenommen werden können ältere Menschen mit einer akuten Suchtproblematik und bettlägerige Personen. Auch muß eine ausreichende Betreuung und Versorgung abends, nachts und am Wochenende sichergestellt sein.

Nach Auffassung der Zeugin Dr. Eisenbarth „gehört also schwerpunktmäßig eine funktionierende Familie – nicht unbedingt nur eine Kleinfamilie, sondern auch eine Großfamilie (Anm.: der Großfamilie setzte sie auch das Altenheim gleich, P 19/30) – zu dem Modell Mönchseehaus, weil die gerontopsychiatrische Pflege eine sehr personalintensive Pflege ist“ (P 19/21).

Auf Frage, ob derjenige, der keine Familie hat, eigentlich im „Mönchseehaus“ nichts zu suchen hat, präziserte die Zeugin ihre Ausführungen:

„Das hängt von dem Grad seiner Alterskrankheit ab. Wenn jemand ein hirnanorganisches Psychosyndrom zweiten Grades zum Beispiel hat – da gibt es ja auch verschiedene Gradeinteilungen –, wenn jemand die schwerste Stufe eines Hirnanorganischen Psychosyndroms hat, dann kann er ohne Familie nicht existieren, weil die Pflege sehr personalintensiv ist.

... Selbstverständlich gibt es auch leichte Grade, bei denen nur eine kleine Hilfe notwendig ist. Wenn jemand mit einer Depression zweimal in der Woche in das „Mönchseehaus“ kommt, dann kann das für diesen durchaus ausreichend sein. Das ist also eine ganze Palette an Schwierigkeitsgraden, die da bewältigt werden können. Die leichten und mittleren Fälle können ohne weiteres auch alleine, also ohne die Familie, auskommen, denke ich“ (P 19/21).

Die Hilfsbedürftigkeit der Zielgruppe relativ mobiler, aber psychisch kranker älterer Menschen ergibt sich aus mehreren meist gleichzeitig gegebenen Gründen, unter anderem

- wegen ihrer psychischen Erkrankung
- wegen gleichzeitiger physischer Erkrankungen und Behinderungen
- wegen ihres Alters
- wegen des Verlustes sozialer Kontakte
- wegen Überforderung ihrer Angehörigen und Pflegepersonen.

Auf den sich daraus ergebenden Hilfebedarf muß umfassend und ganzheitlich reagiert werden. Dies ist im Rahmen eines tagesstrukturierenden Betreuungsangebotes möglich, das gezielt auf die Gruppen psychisch kranker älterer Menschen ausgerichtet ist und – neben Betreuung, Aktivie-

rung und Versorgung – medizinisch-pflegerische Leistungen und auf ärztliche Anordnung auch therapeutische Leistungen einzelfallgerecht anbieten kann. Im Unterschied hierzu kann die Familie diese Tagesstrukturierung und auch den Milieuwechsel nicht alleine leisten (P 19/20).

#### c) Modellvorhaben in Heilbronn und Göppingen

Im Rahmen des Landesprogramms zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung wurden als Modellvorhaben eingerichtet Ende 1982 die gerontopsychiatrische Tagesstätte „Mönchseehaus“ (Heilbronn) und Anfang 1983 die „Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen“.

Das „Mönchseehaus“ liegt derzeit in der Trägerschaft des „Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes“ und die „Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen“ in der Trägerschaft des „Fördervereins Dr. Landerer Söhne e. V.“, der „ausschließlich mildtätigen Zwecken dient und sich zur Aufgabe gemacht hat, Personen zu unterstützen, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes auf Hilfe angewiesen sind“ (Jahresbericht 1988, S. 1).

In organisatorischer Hinsicht unterscheiden sich die Tagesstätten: in Heilbronn ist das Haus eine selbständige Einrichtung, das nicht an ein Krankenhaus oder Altenheim angebunden ist (P 10/121); dagegen wird sie in Göppingen als Glied der Klinik „Christophsbad“ geführt (P 19/36).

#### aa) Betreuungskapazitäten

Mit einem Betreuungsplatz in der Tagesstätte können mehrere Personen betreut werden. Im Unterschied hierzu kann ein Heimplatz nur von einer Person in Anspruch genommen werden. Die Nutzungszeit in der gerontopsychiatrischen Tagesstätte liegt zwischen ein und fünf Tagen, „so daß also mehrere Personen von diesem Angebot Gebrauch machen können und dieser eine Platz durchschnittlich etwa die Möglichkeit bietet, etwas mehr als zwei Situationen stabilisieren zu helfen“ (Zeuge Dr. Krauß, P 19/38).

Das „Mönchseehaus“ verfügte zum Zeitpunkt der Beweisaufnahme am 17. November 1989 über 22 Tagespflegeplätze. Damit konnten maximal 25 Personen pro Tag betreut werden. Manche Gäste nahmen das Angebot der Tagesstätte nur an einzelnen Tagen in Anspruch, so daß insgesamt über 40 Personen pro Woche betreut und ebenso viele pflegende Familien entlastet wurden (P 19/94).

Nach Angaben des Zeugen Dr. Krauß (P 19/43) hatte die „Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen“ im November 1989 insgesamt 20 Plätze, mit denen 35 Personen pro Woche betreut werden konnten.

Zur optimalen Größenordnung einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte erklärte der Zeuge Casse:

„etwa 25 Plätze, maximal 30 Plätze wäre auch das, was sinnvollerweise noch zu einer familiär-wohnlichen Atmosphäre gehörte und das man nicht vergrößern sollte“ (P 10/124).

#### bb) Verweildauer

Die Verweildauer in der gerontopsychiatrischen Tagesstätte Heilbronn beträgt – bezogen auf alle seit Ende 1982 betreuten Personen – im Durchschnitt 5 Monate. Diese Durchschnittszahl unterteilt sich wie folgt:

- 33 % weniger als 3 Monate
- 18 % zwischen 3 und 6 Monaten
- zirka 50 % mehr als 6 Monate.

Bei der Ermittlung der Verweildauer ist zu berücksichtigen, daß „die Zahlen nicht deckungsgleich sind, weil der eine zwei Tage, drei Tage und der andere vier oder fünf Tage in der Woche im Hause ist. Es gibt dann aber immerhin drei Gäste, die bereits über fünf Jahre dort sind“ (Zeuge Casse, P 10/122).

Für die „Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen“ ergaben sich – bezogen auf die zum 31. Dezember 1988 angemeldeten Personen – insgesamt längere Verweilzeiten (vgl. Jahresbericht 1988, S. 3):

- 32 % kürzer als ein Jahr
- 13 % zwischen ein und zwei Jahren
- 16 % zwischen zwei und drei Jahren
- 39 % länger als 3 Jahre.

Die durchschnittliche Jahresfluktuation beträgt nach Angaben des Zeugen Dr. Krauß (P 19/52) in der Göppinger Einrichtung 20 bis 25 Personen.

Für Heilbronn lagen dem Untersuchungsausschuß insoweit keine Angaben vor.

#### cc) Zuweisungs- und Entlassungszahlen

Die Zuweisungs- und Entlassungszahlen sind Indikatoren für die Zielsetzung bzw. für den Betreuungserfolg der gerontopsychiatrischen Tagesstätten:

##### (1) Zuweisungszahlen

in gerontopsychiatrische Tagesstätte	Göppingen	Heilbronn
von psychiatrischer Klinik	33 %	32 %
von sozialen Diensten	33 %	19 %
von niedergelassenen Ärzten	17 %	12 %
von Angehörigen	17 %	37 %

Vor der Aufnahme in das „Mönchseehaus“ (Heilbronn) lebten etwa  $\frac{1}{3}$  der Gäste alleine, während etwa  $\frac{2}{3}$  von ihrer Familie oder ihrem Ehepartner betreut wurden (P 10/122).

Im Unterschied hierzu lebten vor der Aufnahme in die Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen 48 % alleine und 52 % bei Angehörigen oder mit ihrem Ehepartner (Jahresbericht 1988, S. 3).

##### (2) Entlassungszahlen

Für die gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn erklärte der Zeuge Casse:

„Knapp 30 % gehen in die Familie zurück. 10 bis 15 % gehen vorübergehend ins PLK; ob sie dann wiederkommen, ist zunächst offen. Einweisung in ein Heim etwa  $\frac{1}{4}$ , in ein Akutkrankenhaus, also nicht PLK, auch noch einmal 10 bis 12 %. Verstorben sind in der Zwischenzeit 6 % – das ist bei der Alterspyramide des Klientels nicht verwunderlich“ (P 10/125).

Die Sozialpsychiatrische Altentagesstätte in Göppingen haben vom 1. Januar 1989 bis zum 17. November 1989 insgesamt 17 Personen verlassen:

„Von diesen sind fünf in ein Heim gekommen. Bei fünf hat sich die Krankheit verschlechtert, sie sind pflegebedürftiger geworden, die

Transportfähigkeit wurde eingeschränkt, sie werden derzeit zuhause gepflegt, sind bettlägerig. 3 Personen mußten wegen Verschlechterung ihres Zustandes ins Krankenhaus und nachfolgend in das Heim. Bei 2 Gästen haben finanzielle Gründe eine Rolle gespielt, und in zwei anderen Fällen waren es Probleme, die mit den Angehörigen nicht lösbar waren. Es war dort keine sinnvolle Kooperation möglich, und die Betreuung mußte abgebrochen werden, damit der Betreffende nicht immer zwischen der Tagesstätte und den Angehörigen hin- und hergezerrt würde. Bei einem Gast ist eine akute psychische Erkrankung aufgetreten, die diesen Aufenthalt abgebrochen hat“ (Zeuge Dr. Krauß, P 19/41).

dd) Krankheitsbilder

Der Besucherkreis setzt sich vorwiegend zusammen aus Klienten mit hirnrorganischem Psychosyndrom, Depressionen, schizophrenen Erkrankungsformen und gefährdeten, zur Vereinsamung neigenden Personen.

(1) Die psychiatrischen Diagnosen (Mehrfachnennungen) verteilen sich ausweislich des Jahresberichts 1988 der Sozialpsychiatrischen Altentagesstätte Göppingen wie folgt:

Hirnrorganisches Psychosyndrom (leichte Ausprägung)	24 %
Hirnrorganisches Psychosyndrom (mittlere Ausprägung)	26 %
Hirnrorganisches Psychosyndrom (starke Ausprägung)	24 %
Depressives Syndrom/Affektive Psychose	20 %
Schizophrenie	18 %
Vereinsamung	50 %
Neurose	2 %
Alkohol- und Medikamentenabusus	4 %
Andere	4 %

Eine tendenziell ähnliche Verteilung der psychiatrischen Krankheitsbilder ergab sich nach den Angaben des Zeugen Casse (P 10/122) auch in der gerontopsychiatrischen Tagesstätte Heilbronn.

Die Auswertung der Jahresberichte vor 1988 ergab für die Göppinger Altentagesstätte als psychiatrische Hauptdiagnose über Jahre hinweg „Hirnrorganische Psychosyndrome“.

Während der Anteil der übrigen psychiatrischen Diagnosen im wesentlichen gleich blieb, hat sich der Anteil hirnrorganischer Psychosyndrome noch erhöht.

(2) Die somatischen Diagnosen (Mehrfachnennungen) verteilen sich bei den Gästen der Sozialpsychiatrischen Altentagesstätte Göppingen (vgl. Jahresbericht 1988, S. 6) wie folgt:

Behinderung der Sinne (leicht)	59 %
Behinderung der Sinne (ausgeprägt)	13 %
Herz-/Kreislauf-Erkrankungen	72 %
Neurologische Erkrankungen	43 %
Verdauungsorgane	11 %
Stoffwechsel (Diabetes)	37 %
Skelett	48 %

Tumor-Neubildung	4 %
Harninkontinenz	24 %
Stuhlinkontinenz	9 %
Atmung	4 %
Sonstige	7 %

Für die Heilbronner Tagesstätte lagen dem Untersuchungsausschuß keine Angaben zur somatischen Diagnoseverteilung vor.

### (3) Multimorbidität

Ausweislich der psychiatrischen und somatischen Mehrfachdiagnosen ist die Multimorbidität bei den Gästen der Altentagesstätten keine Seltenheit. Dies verdeutlichen folgende für die Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen erhobenen Zahlen:

- der Anteil der Personen mit mindestens zwei Erkrankungen liegt bei 80 %;
- der Anteil der Personen mit mindestens drei Erkrankungen liegt bei 65 %.

## ee) Inhaltliche Gestaltung der Arbeit

### (1) Strukturierung des Tagesablaufs

Aufgrund psychischer und physischer Störungen haben die Gäste gerontopsychiatrischer Tagesstätten Schwierigkeiten, den Tagesablauf aus eigener Initiative zu gestalten. Die von der Tagesstätte vorgegebene Struktur des Tagesablaufs wirkt auf die Gäste entlastend und vermittelt Sicherheit, wobei dieser Rahmen die Entfaltung individueller Kreativität zuläßt.

Da morgens die Aufnahmekapazität und das Konzentrationsvermögen am höchsten sind, finden zu dieser Zeit speziellere Gruppenangebote statt, zum Beispiel Gedächtnistraining oder die Auseinandersetzung mit dem aktuellen Zeitgeschehen.

Der Nachmittag dient überwiegend geselligen Aktivitäten.

### (2) Gruppenarbeit

Der größte Teil der Betreuungsarbeit findet in Gruppen statt. In der Gruppenarbeit werden aktivierende, unterhaltende und erholsame, auch therapeutische Inhalte angeboten, unter anderem

- Gymnastik, Seniorentanz, Rhythmik
- Singen
- Beschäftigungstherapie, Maltherapie
- Lebenspraktisches Training, Kochkurs
- diverse Gesprächskreise
- Spaziergänge, Ausflüge

Aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten der Gäste wird die Gesamtgruppe von 20 bis 25 Personen meist in zwei bis drei Kleingruppen aufgeteilt. Erfahrungswerte zeigten, daß 8 Personen und weniger in einer Gruppe optimale Arbeit erst ermöglichen (P 19/95).

### (3) Medizinisch-pflegerische Maßnahmen

Die unterschiedlichen gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder und körperlichen Erkrankungen erfordern verschiedenste medizinisch-pflegerische



Leistungen, die auch während des Tagesaufenthalts in einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte erbracht werden:

- Beobachtung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes
- hygienische Maßnahmen
- Durchführung von ärztlichen Anordnungen (Inhalationen, Einreibungen, Spritzen, Medikamentenvergabe)
- Kontrolle der Vitalwerte.

#### (4) Angehörigenarbeit

Bei der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung handelt es sich um „eine gemeinsame Pflege der Angehörigen mit fachlichem Personal“ (Zeugin Dr. Eisenbarth, P 19/13). Ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den Angehörigen psychisch kranker älterer Menschen und Betreuern in den Tagesstätten kommt deshalb wesentliche Bedeutung zu.

Um die Selbständigkeit der Gäste zu fördern, ist es notwendig, daß in der Tagesstätte wie auch in der häuslichen Umgebung die gleichen Ziele verfolgt werden. Was die eine Seite, zum Beispiel aus Mangel an Zeit oder zu großer Belastung aufgrund ständiger Konfrontation, nicht zu leisten vermag, kann durch die andere komplementär übernommen werden, so daß der Klient größtmöglichen Nutzen daraus zieht.

In Form von Hausbesuchen und Angehörigengesprächen werden unter anderem die Beziehung zwischen Gast und Angehörigen, das häufig auftretende Problem der Überversorgung alter Menschen wie auch die Aufklärung und Verständlichmachung von Krankheitsbildern zur Erleichterung des Umgangs mit dem psychisch Kranken vermittelt.

Daneben werden Gesprächskreise für die Angehörigen angeboten. Diese wurden in der Sozialpsychiatrischen Altentagesstätte Göppingen einmal monatlich durchgeführt (vgl. Jahresbericht 1988, S. 9). Zur Häufigkeit bei der gerontopsychiatrischen Tagesstätte Heilbronn erklärte die Zeugin Dr. Eisenbarth:

„Das ist unterschiedlich. Das kann innerhalb von einem Monat zweimal sein, das kann aber auch einmal oder zweimal im Jahr nur stattfinden. Das ist in der Frequenz sehr unterschiedlich, je nach den Bedürfnissen“ (P 19/16).

#### ff) Personal

Zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt eine gerontopsychiatrische Tagesstätte ein multiprofessionelles Team, in dem sozialpädagogische, krankenschweflerische und therapeutische Kompetenz vertreten ist (P 19/97).

(1) Die Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen hatte am 30. Dezember 1988 folgenden Personalbestand (vgl. Jahresbericht 1988, S. 2):

- 1 Beschäftigungstherapeutin
- 1 Altenpflegerin
- 1 Diplom-Pädagogin
- 2 Zivildienstleistende (davon eine Halbtagesstelle)
- 1 Arzt für eventuelle medizinische Beratung

(2) Die Gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn hatte am 30. Dezember 1988 folgenden Personalbestand (P 19/97):

- 1 Leiterin Vollzeit
- 1 Krankenpfleger Vollzeit

– 1 Sozialpädagogin	Vollzeit
– 1 ABM-Stelle	Vollzeit
– 1 Mitarbeiter im hauswirtschaftlichen Bereich	24 Std./Woche
– 1 Verwaltungskraft	12 Std./Woche
– 1 Nervenarzt	2 Std./Woche
– 3 Zivildienstleistende	

Bei der Personalbemessung der gerontopsychiatrischen Tagesstätte in Heilbronn wurde ohne Berücksichtigung von Zivildienstleistenden ein erforderlicher Personalschlüssel von mindestens 1 : 5 angenommen und für den Einsatz von Zivildienstleistenden ein Schlüssel von 1 : 7 bis 1 : 10 angesetzt (P 19/97).

Die gerontopsychiatrische Tagesstätte in Heilbronn arbeitet nach den Bekundungen des Zeugen Casse „sehr eng mit einem Nervenarzt aus dem PLK Weinsberg zusammen“ (P 10/132), der zwei Stunden pro Woche beratend zur Verfügung steht. Er hat folgende Aufgaben:

- Visite
- Beratung bei Neuaufnahmen
- Beratung der Mitarbeiter
- Konziliarberatung der behandelnden Hausärzte
- Unterstützung der Mitarbeiter und Angehörigen bei Kriseninterventionen (u. U. Veranlassung stationärer Aufnahmen).

Bei der Sozialpsychiatrischen Altentagesstätte Göppingen wird die medizinische Beratung von einem Arzt der der Tagesstätte angeschlossenen Klinik „Christophsbad“ je nach Bedarf wahrgenommen.

#### gg) Pflegesätze

##### (1) Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen

Die Sozialpsychiatrische Tagesstätte Göppingen erhob im Jahre 1989 einen Tagessatz von insgesamt 42,40 DM. Hierin waren 32,40 DM als Betreuungssatz und durchschnittlich 10 DM Fahrtkosten enthalten.

Zum Anteil der Sozialhilfeempfänger gab der Zeuge Dr. Krauß bei der Beweisaufnahme am 17. November 1989 (P 19/43) an, daß von insgesamt 35 betreuten Personen 8 die Sozialhilfe zur vollständigen Finanzierung ihres Anteils in Anspruch nehmen.

##### (2) Gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn

Im Jahre 1989 erhob das „Mönchseehaus“ von seinen Gästen einen Kostenbeitrag von 31 DM. Dazu kamen noch Fahrtkosten, die mit 0,30 DM pro Kilometer abgerechnet wurden.

Zur Finanzierung ihrer gerontopsychiatrischen Tagesbetreuung nahmen lediglich 2 Gäste Sozialhilfe in Anspruch (P 19/7).

#### hh) Finanzierung

##### (1) Gerontopsychiatrische Tagesstätte Heilbronn

Die Betriebskosten lagen zunächst bei etwa 260 000 DM, im Jahr 1987 bei zirka 300 000 DM und im Jahr 1988 bei 396 000 DM (P 10/117: 19/4).

Auf die Frage nach den Gründen des Ausgabenanstiegs im Jahr 1988 erklärte Frau Baumm als Leiterin der Tagesstätte:

„Die Renovierungsarbeiten machten rund 15 000 DM aus. Es waren aber auch Neuanschaffungen von Einrichtungsgegenständen, einfach von Inventar, notwendig. Wir hatten während der ganzen Modellphase keine Erneuerung von Inventar vornehmen sollen oder dürfen. Deshalb bestand beim Inventar Nachholbedarf. Wir hatten rund 19 000 DM für Neuanschaffungen von Inventar auszugeben“ (P 19/6).

Die Deckung der Betriebskosten für 1988 in Höhe von rund 396 000 DM (P 19/4) erfolgte durch

- |  |            |
|--|------------|
| – Kostenbeiträge<br>(auf der Basis von Tagesbeiträgen 20 DM) | 109 800 DM |
| – Sonstige Einnahmen (Spenden u. ä.)                         | 80 700 DM  |

Der ungedeckte Betriebsaufwand von rund 205 500 DM wurde getragen

- |  |                  |
|--|------------------|
| – vom Land zu 50 %                                       | zirka 102 800 DM |
| – vom Landesverband der<br>AOK Württemberg-Baden zu 10 % | zirka 27 000 DM  |

wobei der insoweit verbleibende Restaufwand von rund 75 700 DM aus drei Töpfen finanziert wurde:

- |                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| – Stadt Heilbronn     | 40 000 DM                      |
| – Landkreis Heilbronn | 16 800 DM                      |
| – DPVW als Träger     | 18 900 DM<br>(als Restbetrag). |

Zum 31. Dezember 1988 endete der Landeszuschuß im Rahmen des Landesmodellprogramms. Die dadurch entstandene Finanzierungslücke wurde durch drei Maßnahmen geschlossen:

- Erhöhung des Tagessatzes von 20 DM auf 31 DM
- Erhöhung des kommunalen Anteils
- Erhöhung des AOK-Zuschusses von 27 000 DM auf 50 000 DM.

Zur Erhöhung des Tagessatzes auf 31 DM erklärte der Zeuge Casse bei der Beweisaufnahme am 6. Juni 1989:

„Wir haben diesen Tagessatz von 31 DM mit dem DPVW für dieses Jahr errechnet auf der Annahme eines zusätzlichen Eingangs von Spenden, die auch immer wieder kommen. Natürlich ist deren Höhe sehr unsicher, wenn man kalkuliert. Wir haben aber dem DPVW zugesichert, daß wir als Stadt- und Landkreis diese Einrichtung nicht sterben lassen wollen, ...

... Aber Voraussetzung bei den Entscheidungen unserer Gremien in der Stadt war zumindest, daß diese 50 000 DM vom AOK-Landesverband auch dazu kommen“ (P 10/118).

Zu den für die Erhöhung des kommunalen Finanzierungsanteil maßgeblichen Erwägungen bekundete der Zeuge Casse:

„Wir wollen den Tagessatz so halten, daß es nicht zu einer Selektion kommt und sich nur die Reichen den Aufenthalt leisten können. Das ist das Engagement der Stadt. Wenn die Abrechnung 1989 vorliegt, werden wir uns ansehen, wie die Finanzierung aussah. Wir haben durch den Beschluß unseres Ausschusses auch dem DPVW die klare Aussage gemacht: Wenn Löcher entstehen, springt die Stadt ein. So wollen wir auch in der Zukunft verfahren, damit wir bei Tagessätzen bleiben, die diese Sozialverträglichkeit sicherstellen und die nicht zu einer Selektion des Klientels aus finanziellen Gründen führen“ (P 19/8).

Zu den Folgen der Erhöhung des Tagessatzes berichtete der Zeuge im Rahmen der Beweisaufnahme am 17. November 1989:

„Wir haben im ersten Vierteljahr nach Erhöhung Umschichtungen gehabt. Leute, die sonst an fünf Tagen gekommen sind, kamen dann nur noch an drei oder vier Tagen, um finanziell nicht so stark belastet zu werden; denn bei einer Inanspruchnahme an fünf Tagen, die zahlenmäßig immer noch ziemlich hoch ist, entstehen Unkosten – je nach Monat – von 650 DM bis 700 DM. Man hat einfach dadurch gespart, daß man sagte: Gut, wir kommen eben nur an drei oder vier Tagen. – Das hat ein bißchen Unruhe und Organisationsschwierigkeiten gegeben“ (P 19/7).

### (2) Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen

Für 1989 wurden Betriebskosten in Höhe von rund 320 900 DM kalkuliert, wobei von 4 500 Betreuungstagen bei 90 % Auslastung und 20 Plätzen ausgegangen wurde (P 19/42). Die Kosten setzten sich in erster Linie zusammen aus zirka 218 000 DM für 4,4 Vollpersonalstellen und zirka 85 000 DM für Sachkosten, von denen etwa 45 000 DM für die Beförderung der Klienten anfallen.

Zur Bedeutung der Beförderungskosten erklärte der Zeuge Dr. Krauß:

„Die Beförderung dieser Klientel ist das A und O – jedenfalls in einem ländlichen Raum wie in Göppingen. Wenn es nicht möglich wäre, die alten Menschen durch einen Fahrdienst abzuholen und nach Hause zu bringen, würde die Tagesstätte nicht in Anspruch genommen“ (P 19/43).

Der für 1989 kalkulierte Gesamtaufwand sollte neben Kostenbeiträgen der Gäste und sonstiger Einnahmen (Spenden u. ä.) aufgebracht durch (P 19/36)

- den Landkreis Göppingen mit 80 000 DM
- den AOK-Landesverband mit 50 000 DM
- den Trägerverein mit dem Restbetrag, der zwischen 25 000 und 30 000 DM erwartet wurde.

Die Mitfinanzierung des Landes im Rahmen des Landesmodellprogramms Psychiatrie endete zum 31. Dezember 1988. Eine Weiterförderung seitens des Landes hat das SM im Februar 1990 abgelehnt (vgl. LT-Drucksache 10/2789).

### (3) Finanzielle Beteiligung des AOK-Landesverbandes ab 1989

Hierzu erklärte der Zeuge Sing bei der Beweisaufnahme am 6. Juni 1989:

„Wir jedenfalls waren der Meinung, daß beide Tagesstätten sinnvoll sind, sie auch Modellcharakter in Zukunft haben könnten, und wir haben uns deshalb als AOK-Landesverband Württemberg-Baden dazu entschlossen, für 1989 einen Zuschuß von 100 000 DM zu leisten. . .

Unser Problem in diesem Zusammenhang ist eigentlich, daß wir wenig Verständnis dafür haben, daß allein die AOK diese Zuschußleistung in beiden Fällen erbringt. Es gibt ja auf jeden Fall eine gesetzliche Krankenversicherung. Man könnte am Rande auch über private Krankenversicherung nachdenken, ob es da auch sinnvoll wäre, wenn die sich mit solchen pauschalen Regelungen beteiligen würde. Aber mir würde es schon genügen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung im vollen Umfange in die Finanzierung mit eingebunden wäre“ (P 10/102).

Auf Nachfrage führte der Zeuge weiter aus:

„... Was wir aber abgelehnt haben, das war ein Wunsch des Sozialministeriums, eine Dauerzusage zu machen. Das haben wir nicht getan, sondern wir machen nur eines: Wir lassen von Jahr zu Jahr neu beschließen, um den – das sage ich ganz offen – Druck aufrecht zu erhalten, daß auch andere in die Finanzierung mit hineinkommen. Wenn aber die Reise in der Krankenversicherung dorthin geht, daß der AOK schlußendlich dafür nicht eine adäquate Hilfestellung zuteil wird, daß sie sich für die soziale Krankenversicherung, für solche Felder einsetzt, das heißt, wenn andere nicht finanzieren und dadurch in ihrer Beitragsatzsituation besser dastehen können, dann wird die AOK als allererstes dies einstellen. Sie wird dann aber noch mehr einstellen als nur diesen Teil“ (P 10/107).

d) Bewertung des Modellvorhabens

Der Modellversuch zur teilstationären Unterbringung gerontopsychiatrisch kranker Menschen in Göppingen und Heilbronn wird von der Landesregierung, den beteiligten Kommunen, dem AOK-Landesverband Württemberg-Baden sowie aus ärztlicher Sicht und von betroffenen Angehörigen insgesamt positiv beurteilt.

aa) Erreichte Zielgruppe

Die beiden gerontopsychiatrischen Tagesstätten in Göppingen und Heilbronn waren im Rahmen des Landesmodellprogramms Gegenstand der wissenschaftlichen Auswertung durch das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Diese wissenschaftliche Begleitforschung ergab nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 21. Februar 1989, S. 33), daß die Tagesstätten die Zielgruppe der psychisch kranken alten Menschen erreicht haben.

Der Zeuge Dr. Krauß bestätigte dieses Ergebnis aufgrund seiner in der Göppinger Tagesstätte gewonnenen Erfahrungen:

„Die Ergebnisse zeigen – das ist unsere Erfahrung, das ist auch im Schlußbericht des ZI angesprochen –, daß die Zielgruppe erreicht wird. Das sind also nicht nur die alten Menschen, die erreicht werden, sondern es sind auch die alten Menschen mit den Handicaps, auf die das Augenmerk von Anbeginn an gerichtet war. Es ist auch – das ist die Erfahrung in vielen einzelnen Fällen – erreicht worden, daß die häusliche Selbständigkeit gestützt worden ist und also insofern der Erhalt der Selbständigkeit erreicht worden ist“ (P 19/38).

bb) Betreuungserfolge

Aus ärztlicher Sicht werden aufgrund der Bekundungen des Zeugen Dr. Krauß die mit der Betreuung psychisch kranker älterer Menschen verfolgten Ziele erreicht:

„Ich bin nach jetzt siebenjähriger Erfahrung der Überzeugung, daß die Altentagesstätte für diese Personen eine Betreuungsform ist, die bei sich verschlechternder Tendenz noch eine gewisse Zeit und bei manchen recht lange, mehrere Jahre es ermöglicht, daß der Betreffende auf umfassendere Hilfsmaßnahmen verzichten kann. Ich denke auch, daß dies unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht unwesentlich ist. Es ist nur nicht so, daß nach meiner Überzeugung Heimaufnahmen verhindert werden können. Es gibt eine Fülle von Aussagen von Angehörigen derart, daß ihr betreuter Vater oder ihre Mutter längst von ihnen in ein Heim gebracht worden wäre, wenn es die Al-

„tagesstätte nicht gäbe. Ich bin auf Grund einer Reihe von Beispielen auch sicher, daß auch die Wiederaufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus dadurch vermieden werden konnte, daß durch die enge Betreuung in der Altentagesstätte eine Bindung entstanden ist, die dann auch Krisen hat überbrücken helfen, die früher zu einer Hospitalisation geführt haben“ (P 19/41).

Dagegen relativierte das SM seine im übrigen positive Bewertung, indem es hierzu in seiner Stellungnahme vom 21. Februar 1989 schrieb:

„Nach Auffassung des Zentralinstituts fanden sich jedoch auch Hinweise darauf, daß durch die Tagesstätten möglicherweise nur in geringerem Umfang Heimunterbringungen vermieden werden können, als dies ursprünglich erhofft worden war“ (a. a. O., S. 33).

Hierzu bemerkte der Zeuge Dr. Krauß korrigierend:

„Das Zentralinstitut kommt zu dieser Äußerung deshalb, weil im Anschluß an den Aufenthalt in der gerontopsychiatrischen Tagesstätte öfters ein Heimaufenthalt steht. Das war in der Untersuchungszeit sicher in besonderem Maße der Fall.

Ich möchte hier aber zu bedenken geben, daß dies eigentlich deutlich macht, daß der Personenkreis so betreuungsbedürftig ist, daß eigentlich anstelle der Altentagesstätte nur eine vollinstitutionelle Betreuung stehen kann, daß der Übergang also, wenn die Altentagesstätte nicht mehr ausreicht, nicht so erfolgt, daß der Betreffende dann zuhause leben kann, sondern daß er eine viel umfassendere Betreuung benötigt. Ich denke, wenn die Untersuchung festgestellt hätte, daß die Benutzer der Altentagesstätte nach einem halben Jahr fröhlich alle zuhause leben könnten, unabhängig von fremden Hilfen, dann wäre das ein Beweis, daß man die Zielgruppe verfehlt hätte“ (P 19/39).

Auf die Frage, wie viele Fehlplatzierungen in PLK durch die Betreuung in gerontopsychiatrischen Tagesstätten vermieden werden können, meinte der Zeuge Casse:

„Wobei diese Fragestellung natürlich sehr schwer, wenn man sie generalisieren will, zu beantworten ist, wenn man zwei Einrichtungen im Land hat, die gerade fünfeneinhalb Jahre laufen. Also, daraus etwas hochzurechnen, das scheint mir Spekulation zu sein“ (P 10/133).

Ausgehend von einer insgesamt positiven Bewertung des Modellversuchs erklärte der Zeuge Sing für den AOK-Landesverband Württemberg-Baden bei der Beweisaufnahme am 6. Juni 1989, daß „eigentlich mehr passieren müßte bezüglich der Finanzierung dieser Einrichtungen“ (P 10/102).

Aus der Sicht einer Tochter eines in der gerontopsychiatrischen Tagesstätte Heilbronn betreuten älteren Menschen erklärte die Zeugin Dr. Eisenbarth:

„Wir haben in Heilbronn den Vorzug, ein Modellprogramm im Bereich der ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege erfolgreich durchgeführt zu haben. Unserer Bevölkerung und unseren Angehörigen geht es darum, dieses bewährte Modell in der Zukunft weiterzuführen und auch noch zusätzlich Schrittmacher für andere Modelle im Land Baden-Württemberg und über die Landesgrenzen hinaus zu sein“ (P 19/13).

Als Gründe für den Erfolg des Modellversuchs führte die Zeugin an:

„Ich sehe das als einen ganz wichtigen neuen Ansatz in der Versorgung alter Menschen, da hier nicht nur die Existenzhaltung und Gewährleistung äußerer Sicherheit gegeben ist, sondern da im ‚Mönchseehaus‘ für uns alle beispielhaft der ganze Mensch betreut wird, was auch zur Motivation der Angehörigen beiträgt, diese schwierige pfe-

gerische Leistung zu Hause zu erbringen. Es hat außerdem eine Lernwirkung auf uns Angehörige. Wir sehen, wie im ‚Mönchseehaus‘ die Gäste wie normale Menschen behandelt werden. Das hilft auch uns, mit dieser Behinderung besser umzugehen“ (P 19/14).

Auf die Frage nach der Ausbildung von Angehörigen gerontopsychiatrisch kranker Menschen vertrat die Zeugin Dr. Eisenbarth die Auffassung, es sei einfacher, Leistungen, die Sozialstationen erbringen, Angehörigen anzulernen, als eine Behindertenpädagogik, wie sie in gerontopsychiatrischen Tagesstätten erforderlich ist:

„Ich persönlich habe an mir die Erfahrung gemacht und auch an anderen Angehörigen, daß es viel leichter ist, jemanden anzulernen, einen inkontinenten Alten zu wickeln, also Windeln anzuziehen morgens und abends, und ihn zu rasieren. Zum Beispiel kann ich das Naßrasieren jetzt aus dem Effeff und all die Sachen. Das lernt man täglich in der Anpassung an die zunehmende Behinderung. Das ist überhaupt kein Problem. Da gehört nur die Bereitschaft dazu. Ich denke, es ist viel leichter, so etwas anzulernen, als eine Behindertenpädagogik, als die soziale Arbeit, die Professionelle gelernt haben und uns weitergeben, wie es jetzt im ‚Mönchseehaus‘ der Fall ist. Die Sozialstationen können die Arbeit, die im ‚Mönchseehaus‘ geleistet wird, nicht leisten. Aber wir können die Arbeit, die die Sozialstationen in einer Stunde oder in einer halben Stunde leisten würden bei uns zuhause, die können wir Angehörigen leisten. Jede Mutter lernt, ihr Kind zu wickeln, und wir lernen, einen alten Mann oder eine alte Frau zu wickeln. Das ist eine Sache, die erlernbar ist, viel leichter erlernbar, als die soziale und psychische Betreuung. Das ist ein Prozeß, der viel, viel länger ist“ (P 19/24).

#### cc) Landesweiter Aufbau gerontopsychiatrischer Tagesstätten

##### (1) Haltung der Landesregierung

Hierzu heißt es in der Stellungnahme des SM vom 21. Februar 1989 (S. 33):

„Aufgrund der insgesamt positiven Erfahrungen in den beiden gerontopsychiatrischen Tagesstätten in Heilbronn und Göppingen bietet es sich an, daß andere Stadt- und Landkreise ebenfalls Initiativen ergreifen, wobei der landesweite Bedarf an Tagesstätten wegen der schwierigen Erfäßbarkeit des zahlenmäßig zu versorgenden Personenkreises jedoch nur schwer abschätzbar ist.

Der Aufbau eines landesweit flächendeckenden Netzes gerontopsychiatrischer Tagesstätten ist nach Ansicht der Landesregierung wegen der quantitativen Unwägbarkeiten derzeit nicht angezeigt. Unter Berücksichtigung der spezifischen Situation im jeweiligen Kreisgebiet sollte der Bedarf an Plätzen in solchen Einrichtungen jedoch unabhängig davon im Einzelfall örtlich geprüft und darüber entschieden werden, zumal es sich bei der außerklinischen psychiatrischen Versorgung um eine Aufgabe der Kommunen handelt. Allerdings bleibt es dem kommunalen Aufgabenträger vorbehalten, ob, wann und wie die einzelnen Aufgaben wahrgenommen werden. Dieses Prinzip wurde bereits beim Aufbau der sozialpsychiatrischen Dienste verfolgt.“

##### (2) Haltung des AOK-Landesverbandes

Bei der Beweisaufnahme am 6. Juni 1989 befürwortete der Zeuge Sing für den AOK Landesverband einen flächendeckenden Aufbau:

„Im übrigen würden wir uns wünschen, daß dies weiter flächendeckend als Konzept ausgebaut wird“ (P 10/102).

Zur Finanzierung erklärte der Zeuge ergänzend:

„Wenn aber ein Konzept in Baden-Württemberg flächendeckend aufgestellt wäre in diesem Rahmen, wie wir hier modellhaft nun diese Einrichtungen haben, dann könnte ich mir eine Finanzierung vorstellen ähnlicher Art, wie wir die außerstationäre psychiatrische Versorgung finanzieren. Das heißt, auch wieder keine Einzelfallprüfung, sondern im Rahmen von Gesamtzuschußregelungen . . . Aber dann bei dieser pauschalen Regelung über das ganze Land kann es überhaupt nicht sein, daß nicht alle Kostenträger aus der Krankenversicherung heraus sich beteiligen“ (P 10/107).

(3) Auffassung des ärztlichen Leiters der Klinik „Christophsbad“ (Göppingen)

Auf die Frage nach einem flächendeckenden landesweiten Aufbau gerontopsychiatrischer Tagesstätten formulierte der Zeuge Dr. Krauß als ärztlicher Leiter der Göppinger Tagesstätte,

„daß man die Entstehung einer solchen Einrichtung nicht beliebig anordnen kann, daß man aber Initiativen zur Einrichtung einer solchen gerontopsychiatrischen Tagesstätte unbedingt fördern sollte“ (P 19/42).

Ergänzend erläuterte der Zeuge:

„. . ., daß eine solche Tagesstätte in einem Netz einen sinnvollen Platz hat und einnehmen kann, aber jetzt nicht Vorrang hat in einem Gebiet, wo viele andere Dinge vielleicht auch noch fehlen, als allererstes zu kommen, sondern da wo sie sinnvoll in ein Behandlungsnetz hineinpaßt, erfüllt sie, meine ich, eine hervorragende, auch präventive Aufgabe. Ich denke, daß die präventive Rolle dieser Tagesstätte etwas ist, was sonst im teilstationären Angebot generell noch zu wenig vorgehalten wird“ (P 19/45).

Auf Nachfrage wies er darauf hin, daß „der gerontopsychiatrische Aspekt derzeit in der Betreuung alter Menschen noch nicht angemessen bewertet wird“ (P 19/48), weil in der ärztlichen sowie Altenpflegerischen und sozialpädagogischen Ausbildung den gerontopsychiatrischen Gesichtspunkten zu wenig Beachtung zukommt:

„Diese Kompetenz muß auf jeden Fall in jedem Kreis geschaffen werden. Eine solche Kompetenz kann über eine solche Tagesstätte zum Beispiel auch, zumindest ein Stück weit, erreicht werden . . . und deshalb auf Lösungen kommen wird, die ‚gerontopsychiatrische Tagesstätten‘ heißen können“ (P 19/49).

(4) Problem des quantitativen Bedarfs

Bezüglich des quantitativen Bedarfs an gerontopsychiatrischen Tagesstätten ergab die Beweisaufnahme, daß es bisher keine landesweit gesicherten Werte gibt und auch der örtliche Bedarf vor Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte nur geschätzt werden kann (P 19/92),

- da viele der psychisch kranken älteren Menschen vollkommen unzureichend versorgt sind, ohne daß dies deutlich sichtbar wird, und
- wegen des fehlenden teilstationären Angebots viele gerontopsychiatrische Patienten aus sozialer Indikation in Krankenhäusern oder vorzeitig in Pflegeeinrichtungen Aufnahme finden.

So steht beispielsweise für die gerontopsychiatrische Tagesstätte in Heilbronn zwar fest, daß sie mit 22 bis 25 Tagespflegeplätzen den Bedarf in ihrem Einzugsbereich nicht decken kann; der tatsächliche Bedarf kann jedoch nur schätzungsweise mit dem Faktor 1,5 angegeben werden (P 19/92).



Zu möglichen landesweiten Bedarfsgrößen befragt, bekundete der Zeuge Casse:

„Es gibt in der Untersuchung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Hinweise, die Größenordnungen betreffen, daß man sagt, in der Altersgruppe bis 85 Jahre etwa 2 bis 3 % der Bevölkerung und darüber hinaus erheblich mehr; 20 bis 30 % werden dort sogar genannt. Würde man das umrechnen, brauchte ich allein für die Stadt Heilbronn, wenn nicht dieser hohe Anteil Versorgung in der Familie geschehe, ein Platzangebot zwischen 550 und 800 Plätzen. Sie merken, daß diese Bezugzahlen, die da im Gutachten genannt werden, mir zumindest sehr deutlich überhöht erscheinen“ (P 10/116).

Von quantitativen Bedarfsgrößen losgelöst, brachte der Zeuge Dr. Krauß den entscheidenden Grund für die Schaffung gerontopsychiatrischer Tagesstätten auf die Formel:

„Will man dem präventiven Ansatz mehr Raum geben? Unser ganzes Betreuungssystem in der Betreuung alter Menschen ist darauf gerichtet, daß vorhandene Betreuungsmöglichkeiten zusammenbrechen. Die Krise muß erst dasein. Dann tritt eine Hilfe ein. So funktioniert unser System. Das hat, finanziell gesehen, den Vorteil, daß natürlich mancher schlecht und recht irgendwie zurecht kommt, von dem man nicht weiß – und das ist wirtschaftlich natürlich preiswerter, als wenn man plötzlich alle vor der Türe stehen hat. Ich denke, daß das Entscheidende ist, vorhandene Betreuungsmöglichkeiten besser zu stabilisieren, daß sie länger halten und daß sich das natürlich auch wirtschaftlich irgendwann auswirken wird und nicht sozusagen alles erst zusammenbrechen zu lassen und dann gleich rundum versorgen zu müssen. Denn wenn ein Betreuungssystem zusammengebrochen ist, dann fangen sie mit ‚Essen auf Rädern‘ nicht mehr sehr viel an“ (P 19/55).

## VII. Situation des Pflegepersonals

(Ziffer D. X. des Untersuchungsauftrags)

### 1. Arbeitsbedingungen in der stationären Altenhilfe

Die Arbeitsbedingungen haben Rückwirkungen einerseits auf die Lebensqualität der zu versorgenden älteren Menschen und andererseits auf die Situation des Pflegepersonals.

#### a) Arbeitsbedingungen in der Altenhilfe – ein vernachlässigtes Thema

Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Bäcker ist der Problembereich der Arbeitsbedingungen sowohl in der Alten- wie auch in der Krankenpflege „bislang in der wissenschaftlichen und arbeitswissenschaftlichen Forschung extrem vernachlässigt worden“.

Dies führte der Sachverständige auf zwei Gründe zurück:

„Zum einen die Verdrängung des Themas der Pflegebedürftigkeit, des Alters aus dem öffentlichen Bewußtsein und zum anderen die Verdrängung des Bereichs, daß die Pflegearbeit nach wie vor nahezu ausschließlich eine Frauenarbeit ist und Frauenarbeit im gemeinen Verständnis als leichte Tätigkeit empfunden wird“ (P 16/151).

#### b) Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte

Ein annähernd vollständiges Bild der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen der in der Altenpflege beschäftigten Menschen läßt sich folglich nur über eine Gesamtschau einzelner Faktoren gewinnen.

Wegen der Arbeitsbelastungen im Bereich der ambulanten Altenhilfe wird auf die Ausführungen unter V. 3. b) aa) verwiesen.

In Altenpflegeheimen wie auch bei der Krankenhausversorgung älterer Menschen ist das Tätigkeitsfeld „Altenpflege“ nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme gekennzeichnet von körperlichen und psychischen Vielfachbelastungen, deren gesundheitliche, soziale und personelle Folgen sich letztlich in der kurzen Verweildauer des Pflegepersonals von durchschnittlich fünf Jahren (Zeugen King, P 13/64, und Dr. Hummel, P 20/19) und einer damit verbundenen hohen Fluktuationsrate zeigen.

Ursächliche Faktoren für die geringe Attraktivität des Pflegeberufs sind im wesentlichen:

#### aa) Ungünstige Arbeitszeiten: Schichtarbeit, Nachtarbeit, Überstunden

Hierzu erklärte der Sachverständige Dr. Bäcker:

„Pflege ist naturgemäß verbunden mit Schichtarbeit, mit Nachtarbeit, mit Wochenendarbeit. Nachtarbeit ist aber bekanntermaßen aus arbeitswissenschaftlichen Gesichtspunkten im doppelten Sinne gesundheitsschädigend, einmal durch die Arbeit in der Nacht mit erhöhten Belastungen verbunden und zum anderen durch den Schlaf am Tag, der eine geringere Erholung ermöglicht, als der Schlaf in der Nacht. Nachtarbeit ist zudem verbunden mit erheblichen gesellschaftlichen Verzicht. Die Krankenpflege ist auch gekennzeichnet gleichermaßen, noch stärker die Altenpflege, durch ein hohes Maß an Überstunden, eben weil vorhandene Stellenpläne tatsächlich nicht besetzt werden können oder aber weil in einem extrem hohen Maße Ausfallzeiten anfallen, durch Krankheit beispielsweise“ (P 16/152; im Ergebnis ebenso: Zeugin Wiesnagrotzki, P 16/6; Zeugin Arnold, P 16/58, und Zeuge Deckner, P 22/50).

## bb) Körperliche Belastungen: Schweres Heben und Tragen

Die physischen Belastungen beschrieb der Sachverständige Dr. Bäcker wie folgt:

„Altenpflege ist eine reine Frauenarbeit. Bei dieser Arbeit werden aber körperliche Belastungen durch Heben, Tragen, Betten, Waschen zugemutet, die weit über das Maß hinausgehen, was in anderen Berufen schon als gesundheitsschädlich für Frauen beschrieben wird und deswegen Arbeitsverbote für Frauen bestehen. Wer allein oder selbst mit zwei Altenpflegerinnen einen schwerstpflegebedürftigen älteren Menschen heben muß, bewegt ein Gewicht, was auf dem Bau als unzumutbar angesehen würde“ (P 16/152; im Ergebnis ebenso: Zeugin Arnold, P 16/54).

## cc) Psychische Belastungen: Strukturelle Unzufriedenheit sowie Konfrontation mit Leid und Tod

Neben „einer hohen Anforderungsstruktur, durch eine Vielfältigkeit der Tätigkeit“ sowie „intensiven Zeitdruck“, der zu einem erheblichen Teil durch den Personalmangel noch intensiviert wird (Sachverständiger Dr. Bäcker, P 16/153), kommt erschwerend zweierlei hinzu: Zum einen müssen Pflegekräfte in der Altenpflege ihre Erfolgserlebnisse anders als im Krankenhaus „in kleinen Schritten sehen, aber niemals mehr auf Gesundung“ (Zeugin Arnold, P 16/54). Auch steht das Pflegepersonal in dem Zielkonflikt, einerseits das Wohnen als Ziel heutiger Altenpflege zu verwirklichen, was jedoch andererseits „die Leute oft durch die Hochbetagtheit manchmal nicht so sehr genießen oder wahrnehmen können“ (Zeugin Arnold, a. a. O.).

Ferner kommt hinzu, daß insbesondere wegen permanenten Zeitmangels „die pflegerischen Aufgaben derzeit von den Pflegenden nicht immer ausreichend wahrgenommen werden“ können. Dies führt bei den Pflegekräften zu einer strukturellen Unzufriedenheit, weil „sie in diesem Beruf täglich das Gefühl haben, ihre Arbeit auch nicht annähernd gut gemacht zu haben . . ., wenn sie immer dieses Gefühl haben, können sie jahrelang in diesem Beruf nicht bleiben“ (Zeugin Arnold, P 16/55; ähnlich Zeuge Gruber, P 13/35).

Potenziert werden die seelischen Belastungen durch die ständige Konfrontation der Pflegekräfte mit dem Sterben.

Die Zeugin Arnold beschrieb ihre Erfahrungen aus der täglichen Pflegesituation:

„Ich arbeite also in einem Bereich, im Grenzbereich, wo ich immer auf Lebensfragen, auf Fragen eine Antwort suchen muß, wo ich nicht einfach das abschütteln kann. Auch wenn ich professionell bin und Erfahrung habe, kann ich das nicht immer abschütteln. Es ist immer eine Sache, die mir doch sehr lange nachgeht und mich prägt“ (P 16/54).

Der Sachverständige Dr. Bäcker formulierte die allgemeine Situation zugespitzt:

„Viele Altenpflegeheime sind unter der Hand zu Sterbekliniken geworden, zu Sterbehospizen geworden, und die Arbeit in solchen Einrichtungen für die Beschäftigten selber und die Rückwirkungen auf die Pflegebedürftigen bedürften eigentlich einer sehr viel intensiveren Betrachtung, als das bislang überhaupt geschehen ist. Alle Daten – und ich betone nochmal: spärliche Daten – deuten darauf hin, daß für die Pflegekräfte diese Belastungen nicht enden, wenn die Tür des Heimes geschlossen wird, sondern die Belastungen mit nach Hause genommen werden, mit in die Freizeit genommen werden, mit in die Familie genommen werden, und es sind Frauen, die diese Tätigkeiten

ausüben, häufig auch Frauen mit Kindern, und die Belastungen verlagern sich dann eben auch auf den Ehemann oder die Kinder. Es gibt Daten dafür, daß diese ständige Betroffenheit bei den betroffenen Beschäftigten zu psychischen Reaktionen führen kann des Rückzugs, des emotionalen Rückzugs aus der Arbeit oder der zunehmenden Geiztheit, die in Extremfällen sich selbst sogar bis zu Aggressionen steigern kann“ (P 16/153).

dd) Gesundheitliche Folgen

Die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege führen zu der Gefahr, daß die Grenzen der körperlichen und psychischen Belastbarkeit der Pflegekräfte erreicht und überschritten werden.

Der Zeuge King sprach in diesem Zusammenhang von einer 25prozentigen krankheitsbedingten Ausfallquote, die „ein eindeutiges Indiz von Überbelastung ist“ (P 13/77). Diese bemerkenswert hohe Krankheitsrate ist angesichts des überwiegend schlechten Befindlichkeitsgefühls der in der Altenpflege Beschäftigten durchaus plausibel. Einer diesbezüglichen Befragung aus dem Jahre 1987 ist zu entnehmen, daß sich gesundheitlich 28 v. H. „weniger gut“ und 22 v. H. „schlecht“ fühlten (Nachweise bei Bäcker, Arbeitsbedingungen, S. 54).

An berufsbedingten Krankheiten zählen „Rückenschmerzen und Bandscheibenbeschwerden zum beruflichen Alltag von Pflegekräften, werden aber von den Berufsgenossenschaften nicht als Berufskrankheiten anerkannt“ (Sachverständiger Dr. Bäcker, P 16/154). Nach Angaben des Zeugen Dr. Hummel haben „40 % aller Pflegemitarbeiter am Ende ihres Berufslebens ein kaputtes Kreuz“ (P 20/35). Für den Caritasverband Stuttgart e. V. bekundete der Zeuge King:

„Wir haben fast keinen Mitarbeiter mehr, der nicht irgendwo einen Wirbelsäulenschaden rumschleppt ... und haben dadurch hohe Krankheitsausfälle, Kuren. Es gibt doch bald kaum mehr einen Mitarbeiter über dreißig bei uns, der nicht eine Kur gemacht hat, weil er irgend einen Schaden an der Wirbelsäule hinter sich hat“ (P 13/82).

Auf die Frage nach dem Einsatz technischer Hilfsmittel erläuterte der Zeuge die für Wirbelsäulenschäden maßgeblichen Ursachen:

„Das ist Standard, daß wir alle diese Hilfsmittel da haben. Das ist nicht das Problem. Diese Hilfsmittel können Sie halt nicht ständig einsetzen. Das ist eine Zeitfrage. Das ist ganz eindeutig. Bis ich einen Lifter dahabe, bis ich die Gurte angelegt habe. Da wartet eine Pflegekraft nicht, kann sie oft auch gar nicht warten. Ich meine, wo das vielleicht am besten läuft, das ist beim Bad, daß man jemand abholt in seinem Zimmer. Dann kommt er gleich auf diesen Lifter und wird dann so ins Bad reingelassen. Da läuft's in der Regel. Aber bei diesen vielen kleinen Dingen, daß man ... eine schwer pflegebedürftige Frau im Bett mit durchgebeugter Wirbelsäule hochziehen muß, da können Sie keinen Lifter einsetzen. Oder wenn Sie jemanden stützen müssen, der nicht mehr richtig laufen kann. Da können Sie keine Hilfsmittel einsetzen. Das geht halt nicht. Oder wenn jemand im Stuhl sitzt. Vom Stuhl das Umsetzen geht nicht mit dem Lift, sondern das Umsetzen vom Stuhl in den Rollstuhl ist Handarbeit. Wenn zwei Kräfte das machen würden, wäre das nicht das Problem, aber es ist häufig eben nur eine Kraft da. Und dann hebt sie jemanden vom Stuhl rauf, und schon ist es passiert“ (P 13/86).

ee) Fazit: Geringe Attraktivität der Pflegeberufe infolge schlechter Arbeitsbedingungen

Die Gesamtsituation der in der Pflege Beschäftigten läßt sich mit der Zeugin Arnold als einen „Teufelskreis“ bezeichnen, den die Zeugin wie folgt umschrieb:

„Wir haben zu wenige Interessenten, die den Beruf lernen wollen. Das hat mit meinen Arbeitsbedingungen zu tun. Die Arbeitsbedingungen würde ich schlecht nennen, möchte ich schlicht sagen, schlecht! Die Motivation: Es sind wenige da, die den Beruf wollen. Ich denke, das war immer so, mehr oder weniger. Ich habe in den achtziger Jahren selten gefunden, daß wir mal genug Pflegepersonal haben. Die Suche nach neuen Mitarbeitern wird immer schwieriger. Das möchte ich Ihnen sagen: Es gibt keine Auswahl. Jeder, der einigermaßen den Eindruck macht, . . . da können Sie gar nicht wählen. Sie nehmen ihn, damit wenigstens die Quantität stimmt.

Auftretende Lücken können nicht geschlossen werden. Das verstärkt wieder die Fluktuation, die wir eh in der Krankenpflege haben – die ist ganz stark – noch mehr, finde ich. Wer zurückbleibt, der kommt sich manchmal blöd vor; ich nehme mal die Sprache der Mitarbeiter. Die müssen dann noch mehr arbeiten. Die müssen dann häufig immer Neue einarbeiten, die wieder neu frustriert sind. Der Streß ist sehr hoch, die Frustration ist sehr hoch. Die Frage auch nach dem Sinn! Ich bin ein helfender Beruf, und die Bedingungen stimmen überhaupt nicht überein mit meinen Zielen.

. . . Die Identifikation mit dem Beruf läßt sehr schnell nach. Das sind dann die Aussteiger nach vier, fünf Jahren, die weggehen und lieber zu einer Firma gehen und Windelslips vertreten, weil sie dort auch mehr verdienen“ (P 16/67).

#### c) Vorschläge zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe

Angeichts der demographischen Entwicklung – weniger zur Ausbildung anstehende Jugendliche, mehr betreuungsbedürftige ältere Menschen – wird die vorrangige Aufgabe der Altenpolitik in den kommenden Jahren sein, ausreichend qualifiziertes Fachpersonal für die Betreuung und Pflege älterer Mitbürger zu halten und neu zu gewinnen. Dies wird nur möglich sein, wenn es gelingt, den bisherigen „Teufelskreis“ in den Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu durchbrechen.

Die Beweisaufnahme ergab ein Bündel vielfältiger Maßnahmen, um Anreize für den Beruf des Altenpflegers/der Altenpflegerin zu schaffen:

##### aa) Quantitative und qualitative Verbesserung der Personalausstattung

Die Drucksituation in der täglichen Pflegearbeit mit den negativen Folgen für die Attraktivität des Pflegeberufs kann in erster Linie über eine quantitative und qualitativ bessere Personalausstattung abgebaut werden.

Wegen der Auswirkungen verbesserter Personalschlüssel auf die Pflegesituation wird auf die Darlegungen unter VI. 6. verwiesen.

Eine bessere Ausstattung mit examiniertem Personal ist nach den Worten der Zeugin Arnold insbesondere im Hinblick auf die Anleitung der Pflegeschüler erforderlich:

„Das examinierte Personal ist ständig chronisch überfordert. Es muß für 27 Bewohner mal dies, mal dort, mal das machen. Es hat noch andere Aufgaben. Wie sollen mehr Interessenten kommen, wenn die Schüler schon sehr bald merken, die Ausgebildeten wollen, aber sie können es nicht? Da fängt es für mich auch schon an, ob ich in dem Beruf zufrieden bin oder ob ich schon bei Schülern frustrierte Aussteiger erzeuge“ (P 16/61).

##### bb) Konkretisierung der Aufgaben und der Anleitung von Auszubildenden und Praktikanten (Zeuge Arndt für die ÖTV, P 16/75).

cc) Verstärkung der Fort- und Weiterbildung für examiniertes Personal und berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen für un- und angelernte Pflegekräfte (Zeuge Arndt für die ÖTV, a. a. O.; Zeuge King P 13/77, und Zeuge Gruber, P 13/39).

Im Vergleich zur Krankenpflege ist die Altenpflege ein relativ neuer Beruf. Deshalb sind die Weiterbildungskonzepte derzeit noch im Aufbau und in der Entwicklung. Es werden zwar von verschiedenen Trägern Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten (P 25/110); die Weiterbildungsinhalte und -abschlüsse sind jedoch nicht standardisiert (Zeugen Badziong, P 22/105, und King, P 25/110, hielten dies für „dringend notwendig“).

Die Beweisaufnahme ergab, daß es keinerlei Absicherung des Status der Stations-, Pflegedienst- oder Heimleitung gibt und deshalb nach „durchschnittlich nur dreijähriger Zugehörigkeit zum Beruf, in der Regel jeder sehr schnell, ob mit oder ohne Qualifizierungskurs, die Schichtleitung, Stationsleitung bis hin zur Pflegedienstleitung angeboten bekommt“ (Zeuge King, P 25/111), obwohl

- „man in den Sozialberufen nirgends lernt: wie gehe ich um mit Führungsfragen?“ (Zeuge Junker, P 15/48);
- „sie (Anm.: die Altenpfleger/innen) mit einer sehr geringen grundschulmäßigen Vorausbildung kommen – es ist einer der wenigen Berufe, die noch mit Hauptschule ergriffen werden können. – Dies setzt einfach voraus, daß Leitungsmitarbeiter die Verantwortung stark übernehmen für die Gestaltung von Arbeitsplätzen“ (Zeuge Dr. Hummel, P 20/21).

Aufgrund dieser Sachlage wurde die Festlegung einer Weiterqualifizierung – zumindest im Rahmen der Fortbildung – als Pflichtvoraussetzung für den Aufstieg in die Stations-, Pflegedienst- und Heimleitung befürwortet (Zeuginnen Kühn, P 23/11, und Metzger, P 18/53, sowie die Zeugen Badziong, P 22/106, und King, P 25/115).

Insgesamt werden verstärkte Bildungsangebote erst bei einer insgesamt besseren Personalausstattung greifen können; denn bislang konnten Pflegemitarbeiter Fortbildungsmaßnahmen aufgrund der Personalknappheit entweder nicht wahrnehmen (Zeugen King, P 13/77, und Roos, P 17/62) oder hatte jedenfalls Überstunden für das übrige Pflegepersonal mit einer reduzierten Pflegequalität für die Bewohner zur Folge (Zeugin Arnold, P 16/68).

dd) Supervision für die Pflegemitarbeiter

Zu deren Bedeutung für die Berufszufriedenheit erklärte der Zeuge Dr. Bopp:

„Wichtig ist, daß die Supervision funktioniert... Wichtig ist, daß Schwestern, die immer wieder mit sehr schwierigen Patienten zu tun haben und dort nicht mehr Erfolgserlebnisse, sondern auch Mißerfolgserlebnisse haben, von Zeit zu Zeit Gesprächsmöglichkeiten, Rückkoppelungsmöglichkeiten haben, und daß dies auch fest vorgesehen ist, gewissermaßen im Stundenplan“ (P 22/77).

Zum tatsächlichen Angebot berichtete die Zeugin Kühn:

„Wir haben die Erfahrung gemacht, daß es sehr auf die Führung des Altenheims ankommt, ob Fortbildung und Supervision angeboten werden. Eine Schranke besteht auf jeden Fall bei den Schülern oder beim Personal. Supervision ist etwas, was man nicht kennt, und etwas, was man nicht kennt, macht man nicht so gerne, vor allen Dingen, wenn es an den eigenen Menschen geht. Es ist sehr schwierig“ (P 23/17).

Dagegen berichtete der Zeuge King:

„Was den Supervisionsbereich anbetrifft – er fängt an zu keimen, kann man sagen. Sonderlich ausgebaut oder abgesichert ist er aber

wohl bei keinem Träger. Was ich aber jedem Träger klar sage, wenn eine Anfrage an mich als Person kommt, Supervision zu gestalten: Mit Supervision kann man keine Fluktuation auffangen. Die Supervision kann auch einen Personalnotstand nicht aufheben. Sie kann lediglich individuelle, intrapsychische Probleme bei dem einzelnen angehen. Sie kann kein Allheilmittel sein, um irgendeine Entwicklung innerhalb des Altenpflegepersonals aufzuhalten. Mit Sicherheit nicht! Sie kann auch die Belastung auf den Stationen, wenn zum Beispiel zwei Ausgebildete in einer Schicht mit 30 Personen nachmittags arbeiten, mit Sicherheit nicht auffangen“ (P 25/114).

ee) Berufliche Auf- und Durchstiegsmöglichkeiten (Zeugen Dr. Hummel, P 20/19, und Dr. Reichert, P 17/20).

Konkret plädierte der Zeuge Gruber dafür, eine gerontopsychiatrische Weiterbildung auch mit entsprechenden Aufstiegsmöglichkeiten für das Personal zu verbinden. Auch befürwortete er „im Endeffekt äußerst engagierten und auch leistungsfähigen Mitarbeitern im Rahmen der Aufstiegsmöglichkeiten eine Leistungsprämie zu bezahlen“ (P 13/40).

ff) Pflege des vorhandenen Pflegepersonals

Der Zeuge Junker wies darauf hin, daß das soziale Geflecht von den Sonderbedürfnissen einzelner Gruppen geprägt ist, dem auch die Arbeitgeber der Pflegeberufe Rechnung tragen müßten:

„Wir (Anm.: Verband Schwäbischer Feierabendheime e. V.) machen deshalb bei uns ein Kulturprogramm für die jungen Leute . . . Jetzt gibt es Konzerte in Zusammenarbeit mit der Kulturgemeinschaft des DGB und solche Dinge, die wir frei finanzieren . . .

Ich denke, daß wir die Frauen nicht aussteigen lassen sollten, die heute Kinder kriegen . . . Wir behalten sie als Mitarbeiter für eine bestimmte Zeit, bei uns für 7 Jahre, holen sie jedes Jahr für 4 Wochen in die Einrichtungen – die können sie einteilen wie sie wollen –, damit sie ihren Berufsanschluß erhalten, damit sie ihre sozialen Kontakte in die Einrichtungen unterhalten, zu den Kollegen, das Geschehen mitkriegen. Sie können an der Weiterbildung teilnehmen, und wir zahlen die Sozialversicherungsbeiträge – Mindeststufe. Das ist nämlich immer noch billiger, als ein Mitarbeiter per Zeitungsanzeige gesucht. Unter dem Strich gesehen: Für die Gruppe der Frauen ist etwas zu tun, da ist etwas überfällig. In einem Bereich, in dem 70 % Frauen beschäftigt sind, kann man gar nicht anders, als über dieses Thema nachdenken“ (P 15/47).

Darüber hinaus sah der Zeuge Junker die Notwendigkeit von „Stabilisierungsmaßnahmen“ für die Mitarbeiter, die eine „zeitlang schon tätig“ sind. Während er sich dafür aussprach, die persönliche Kompetenz durch „Sozialitäts- und Individualitätstraining“ – wie in der Industrie erprobt – zu stärken (P 15/48), betonte der Zeuge Harmening die Notwendigkeit, Freiräume für persönlichkeitsbildende Maßnahme zu schaffen:

„. . . es wäre notwendig, wenn jemand 3, 4 Jahre einen Zeitraum in der Altenpflege gearbeitet hat, dann sollte der mal Freiraum bekommen, dann sollte der mal ausschauen dürfen, dann sollte der jetzt nicht 3 Monate Urlaub machen, aber was anderes machen dürfen, vielleicht mal im Kindergarten arbeiten oder eine künstlerische Ausbildung, 3 Monate was anderes machen, um wieder neue Perspektiven zu bekommen. Und da meine ich nicht so sehr die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten, sondern möchte das mehr unter Fort- und Weiterbildung und in Persönlichkeitsbildung sehen. Und das halte ich für ganz, ganz wesentlich“ (P 23/58).

## gg) Verstärktes Angebot von Teilzeitbeschäftigungen

In diesem Zusammenhang wies der Zeuge Dr. Reichert auf das Problem hin, daß „man erst lösen muß, was die Pfleger in den Altenheimen oder die Schwestern in den Krankenhäusern bereit sind abzugeben“ (P 17/18).

So habe er seinen Mitarbeitern im Krankenhaus (Anm.: in der Trägerschaft des Enzkreises) angeboten, Teilzeitkräfte für Tätigkeiten, wie zum Beispiel „Füttern“ zu beschäftigen:

„Oh, die haben mich schier gelyncht und sagten, Füttern sei eine anspruchsvolle Tätigkeit einer Krankenschwester. Die könne niemand sonst machen. Ich habe gesagt: Und die 80 %, die draußen gefüttert werden in den Familien? Aber da kriegt man sich sehr schnell in die Haare, denn da stoßen wir auf ganz konkrete Vorstellungen eines Berufs“, berichtete der Zeuge Dr. Reichert (a. a. O.).

## hh) Verbesserte Arbeitszeiten

Die Gewerkschaft ÖTV hält insoweit die Einführung der Fünftagewoche auch für die Pflegeberufe für erforderlich (Zeuge Arndt, P 16/75); während die „Deutsche Angestelltengewerkschaft“ zumindest für eine Reduktion des Schichtdienstes und eine andere Form des Nachtdienstes plädiert (Zeuge Hartmann, P 17/88).

Im Unterschied hierzu sah die Zeugin Arnold bereits eine „wesentliche Erleichterung“, wenn an den Wochenenden nicht mehr geteilt, sondern mit Schichtzeiten gearbeitet werden könnte:

„Überlegen Sie mal: Freitagmittag fange ich an, und Montagmittag bin ich fertig mit dem Teilen. Da will niemand mehr“ (P 16/65).

Bei der Beweisaufnahme am 23. Februar 1990 gab der Zeuge Deckner an, daß im Akutkrankenhaus die Fünftagewoche eingeführt wird:

„All das funktioniert. Das müßte man dann natürlich auch da (Anm.: im Bereich der geriatrischen Versorgung) tun. Das zwingt aber auch zu besserer Personalausstattung“ (P 22/50).

## ii) Stärkere gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs

Bei allen Denkansätzen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen müssen die Mitarbeiter „als Ganzheit betrachtet werden und nicht nur als Funktionsglieder, die nach Bezahlung, nach bestimmten Kriterien funktionieren, sondern sehr stark auf das Arbeitsmilieu reagieren, in dem sie arbeiten“ (Zeuge Dr. Hummel, P 20/23). Deshalb ist eine stärkere Anerkennung des (Alten-)Pflegeberufs durch die Gesellschaft erforderlich (Zeugen Dr. Hummel, a. a. O., und Gruber, P 13/36; sowie Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/126).

## kk) Eigenständige Rolle des Pflegeberufs im Team

Entscheidend für die Berufszufriedenheit ist nach Angaben des Zeugen Dr. Bopp,

„daß die Schwestern und die gesamten Mitarbeiter im Team geführt, daß die Schwester nicht irgendwo nur eine Hilfsfunktion gegenüber dem Arzt hat, sondern eine eigenständige Rolle hat, die sogar wichtiger ist. Umgekehrt, der Arzt ist eher der Konziliar für die Schwester, während im Vordergrund die Schwester, der Therapeut, der Bewegungstherapeut das entscheidende Team sind“ (P 22/77; im Ergebnis ebenso: Sachverständiger Prof. Beischer, P 22/128).



## ll) Mitarbeiterverbundsysteme

Im Hinblick auf Motivationsprobleme der Mitarbeiter in der stationären Altenpflege hielt der Zeuge Dr. Hummel die Konzeption von Mitarbeiterverbundsystemen für eine außerordentlich wichtige und wertvolle Sache, von der er überzeugt war, „daß sich vor allem auch junge Mitarbeiter fast zum Kriterium dafür machen, ob sie bleiben“ (P 20/29).

Neben einer Angleichung der arbeitsrechtlichen Voraussetzungen ambulanter und stationärer Arbeit „braucht dieser Verbund begleitende, einführende, erklärende Systeme, weil eben die Logik der Ambulanz völlig anders ist als die des stationären Pflegens“ (P 20/27). Gerade dies macht nach Auffassung des Zeugen Dr. Hummel das „job enrichment“ aus, das „dann die Tätigkeit vermutlich langfristig wieder interessant macht, kurzfristig schwierig“ (a. a. O.).

Mit Personalverbundsystemen können die Mitarbeitermotivation nach Meinung des Zeugen Dr. Hummel unter zwei Aspekten positiv beeinflußt werden:

Zum einen „entdeckt der Altenpfleger auf diese Weise endlich, daß er durch bestimmtes neues Wissen das auch wieder anwenden kann. Wir haben die Tragik, daß wir derzeit sogar ausbilden und anbieten könnten, aber genau wissen, daß ein Teil der Fortbildungen gar nicht zur Anwendung kommen kann. Man denke an gute altersrehabilitative Fortbildung. Was soll der Altenpfleger unter den jetzigen Bedingungen im Pflegeheim damit tun? Durch solche Möglichkeiten könnte er das einmal probieren. Man denke beispielsweise an die Bobath-Pflege, eine bestimmte Form der Krankenpflege, um etwa Auflagegeschwüre zu verhindern. Das kann er unter bestimmten Bedingungen nicht tun, folglich verstehe ich diesen Wechsel auch als eine Möglichkeit, Wissen anzuwenden. Das ist ein wichtiger Motivationspunkt, den wir derzeit nicht bieten“ (P 20/33).

Des weiteren wird ermöglicht „Austauscherfahrungen zu sammeln, um auch unterschiedliche Lebensphasen“ anzugehen:

„... die Lebensspanne, nicht die Arbeitszeit, sollte nicht in einer Dimension gesehen werden, sondern als Vielfalt von Tätigkeitsmerkmalen. Hier, denke ich, ist es für Altenpfleger ein wichtiger Punkt, ob sie auch an Techniken herankommen. Heute ist es genauso attraktiv geworden, Fertigkeiten zu beherrschen und zu erwerben wie Hierarchieaufstieg zu machen... Die Leitungsaufgabe des Stationsleiters und Heimleiters ist zum Teil schon so unattraktiv geworden – aus unterschiedlichen Gründen; die kann man vielleicht auch ändern, durch Bezahlung und anderes –, daß das nicht mehr so als Idealbild geht. Es gilt heute eher als flott und schick, Altentherapeut zu werden – was auch immer das ist – das Berufsbild gibt es nicht so genau. Daran wird etwas deutlich. Ich würde es gern konstruktiv motivationspsychologisch nutzen und sagen: „Gut, dann akzeptieren wir eben, auch wenn es auf den ersten Blick der Ganzheit widerspricht, daß es eben unterschiedliche Zusatzqualifikationen gibt, die ich mir ans Revers heften kann“ (P 20/38).

## mm) Verbesserung der sächlichen Ausstattung der stationären Einrichtungen

„Gute Kommunikationssysteme innerhalb stationärer Einrichtungen und deren behindertengerechte Ausstattung“ sind nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Beischer (P 22/131) noch nicht überall vorhanden, obwohl sie nach seiner Auffassung einen entscheidenden Aspekt für die Berufszufriedenheit der Pflegemitarbeiter darstellen.

## d) Maßnahmen der Landesregierung

Eine Vielzahl der im Rahmen der Beweisaufnahme vorgeschlagenen Maßnahmen finden sich in dem Bericht vom 12. Oktober 1989 der von der Landesregierung eingesetzten Expertenarbeitsgruppe „Pflegerberufe in den 90er Jahren“, der dem Landtag mit der Drucksache 10/2280 am 12. Januar 1990 zur Kenntnis gegeben wurde.

Bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990 bekundete die Zeugin Barbara Schäfer, daß der Ministerrat auf der Grundlage der Empfehlungen der Expertenkommission eine Reihe von Einzelmaßnahmen beschlossen hat:

- Die Auftragsvergabe eines Gutachtens mit dem Ziel der Verbesserung der innerbetrieblichen Organisationsstrukturen in den Einrichtungen der Altenhilfe;
- Vergabe eines Untersuchungsauftrages an eine Fachhochschule für Sozialwesen, die sich mit der Verstärkung des Einsatzes ehrenamtlicher Kräfte in den Heimen der Altenhilfe beschäftigt wird;
- die Ausarbeitung einer Konzeption zu den Ausbildungsmöglichkeiten für Frauen in der mittleren Lebensphase bzw. Umschulungsangebote oder auch Kurse zur Wiedereingliederung von Krankenschwestern oder Altenpflegerinnen oder Pflegern;
- die Absicht gemeinsam mit der sie tragenden CDU-Fraktion, die Zuschüsse für die Heilerziehungspflegeschulen ab 1991 in einem Umfang anzuheben, der eine schulgeldfreie Ausbildung ermöglicht;
- die Prüfung der Vorschläge der Expertenarbeitsgruppe zur Einführung eines Fachhochschulstudiums für die Schlüsselpositionen im Pflegedienst sowie die Vorschläge zum Erwerb von Rentenanwartschaften für ehrenamtliche Pflegekräfte und zur Erbringung von Pflegeleistungen in genossenschaftlicher Form;
- die Bildung eines Arbeitskreises „Werbung für Pflegerberufe“ mit dem Auftrag, ein entsprechendes Werbekonzept zu entwickeln (P 21/72 f.).

## 2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Arbeitsbedingungen werden für die Beschäftigten durch Gesetz, Tarifvertrag oder Einzelarbeitsvertrag festgelegt. Wichtige Arbeitsbedingungen sind durch Bundesgesetz geregelt. Von Bedeutung sind insbesondere die §§ 611 ff. BGB, die Arbeitszeitordnung vom 26. Juli 1934 (zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. März 1975, BGBl. I, S. 685), das Kündigungsschutzgesetz vom 10. August 1951 (zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. April 1985, BGBl. I, S. 710), das Mindesturlaubsgesetz für Arbeitnehmer vom 8. Januar 1963 (zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Oktober 1974, BGBl. I, S. 2879) sowie das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter vom 24. Januar 1952 (zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Dezember 1985, BGBl. I, S. 2154).

Da das Individualarbeitsrecht in verhältnismäßig wenigen Bereichen abschließend durch Gesetz geregelt ist, ist daneben auch die Rechtsprechung, die vielfach allgemeine Rechtsgrundsätze herausgearbeitet hat, besonders zu berücksichtigen.

Von maßgeblicher Bedeutung für die Beschäftigten sind die Tarifverträge, mit denen die Tarifpartner – Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften – Rechtsnormen über Inhalt, Abschluß oder Beendigung von Arbeitsverhältnissen festsetzen. Besonders hervorzuheben sind für die Mitarbeiter im Bereich der Altenpflege der Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) vom 23. März 1961 in der jeweils geltenden Fassung (vgl. die Darlegungen unter VII. 3.) und die hierzu jeweils vereinbarten Vergütungstarifverträge.

Diese tariflichen Normen gelten unmittelbar nur für die Mitglieder der Tarifvertragsparteien, können jedoch durch Einzelarbeitsverträge auch für Nichtmitglieder zum Inhalt des Arbeitsverhältnisses gemacht werden. Der BAT enthält zusammen mit seinen Sonderregelungen und Vergütungsordnungen detaillierte Bestimmungen für Beschäftigte in Altenheimen, die von Körperschaften des öffentlichen Rechts, also insbesondere von Gemeinden, betrieben werden.

Einrichtungen, die den Spitzenverbänden des Caritasverbandes, des Diakonischen Werkes, der Arbeiterwohlfahrt und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes angehören oder angeschlossen sind, haben ein eigenes Tarifvertragsrecht, das die Rechte und Pflichten zwischen den Heimen und Mitarbeitern verbindlich festlegt. Maßgeblich für die Anerkennung als Obergrenze von Personal- und Personalnebenkosten zur Ermittlung des Pflegesatzes sind jedoch die Bestimmungen des BAT. Privatgewerbliche Träger vereinbaren mit ihren Mitarbeitern Vergütungen, die teilweise unter den Vergütungssätzen des BAT liegen. Auch für diese Trägergruppe gelten als Obergrenze der berücksichtigungsfähigen Personalkosten die Vorgaben des BAT.

Soweit gesetzliche oder tarifvertragliche Regelungen nicht anzuwenden sind, können die Arbeitsbedingungen von den Vertragspartnern des einzelnen Arbeitsverhältnisses durch Arbeitsvertrag bestimmt werden. Für Mitarbeiter der Kirchen im Bereich der Altenpflege gelten die Regelungen des staatlichen Arbeitsrechts, soweit nicht die Kirchen auf Grund ihres Selbstbestimmungsrechts den kirchlichen Dienst nach ihrem Verständnis geregelt und dabei spezifische Obliegenheiten kirchlichen Arbeitnehmern verbindlich auferlegt haben. Dieses Selbstbestimmungsrecht kommt auch den caritativ-diakonischen Einrichtungen der Kirchen zugute. Die besonderen kirchlichen Regelungen werden im Rahmen der kirchlichen Gesetzgebung oder in einem Arbeitsrechtsregelungsverfahren erlassen, bei dem ein paritätisch besetzter Ausschuß tätig wird. Soweit nicht kirchenspezifische Belange entgegenstehen, wird in erheblichem Umfang das Tarifrecht des öffentlichen Dienstes übernommen.

### 3. Tarifvertragliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ab 1. August 1989

#### a) Allgemeines

Durch den 62. Tarifvertrag zur Änderung des BAT vom 30. Juni 1989 sind mit Wirkung ab 1. August 1989 die Arbeitsbedingungen der Angestellten im Pflegedienst (Kranken- und Altenpflegedienst) neu geregelt. Erstmals wurde dabei die Eingruppierung der Altenpflegehelfer/innen und der Altenpfleger/innen (mit staatlicher Anerkennung und Abschlußprüfung), für die es bisher nur Richtlinien gab, tarifvertragsrechtlich geregelt. Von Nuancen abgesehen, sind Altenpfleger/innen mit den Krankenpfleger/innen nun tarifvertragsrechtlich gleichgestellt worden.

Der Tarifvertrag umfaßt folgende Mitarbeiter im Pflegedienst:

Pflegehelfer/innen, Krankenpflegehelfer/innen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester und Kinderkrankenpfleger, Wochenpfleger/innen, Hebammen und Entbindungspfleger, Altenpflegehelfer/innen, Altenpfleger/innen und Schüler/innen.

#### b) Wesentlicher Inhalt der Tarifneuordnung

Die neue Tarifregelung hat für eine ausgebildete Alten- oder Krankenpflegekraft einen monatlichen Mehrverdienst von durchschnittlich 300 bis 400 DM gebracht durch

## aa) Verbesserung der Eingruppierung

Die Tätigkeitsvergütungen im Kranken- und Altenpflegebereich richten sich nach den Vergütungsgruppen des sogenannten Kr.-Tarifs.

Eine Altenpflegerin mit staatlicher Anerkennung/Abschlußprüfung wird nun ebenso wie eine Krankenschwester bei ihrem Berufsbeginn nach Kr. IV eingestuft. Früher hatte sie in Kr. III angefangen und ist – ohne Leitungsfunktion – nach zwei Berufsjahren nach Kr. IV gelangt, während eine Krankenschwester bereits nach einem halben Jahr von Kr. III nach Kr. IV einzustufen war.

## bb) Verbesserung des Bewährungsaufstiegs

Vor dem neuen Tarifvertrag war in der Altenpflege in der Regel höchstens die Vergütungsgruppe Kr. IV erreichbar. Ein Bewährungsaufstieg innerhalb des Kr.-Tarifes war nicht möglich. In der Krankenpflege war die mögliche Vergütungsspanne jedoch breiter, da auf Grund des Aufstiegs in Leitungsfunktionen grundsätzlich die Vergütung bis Kr. XII ging. Allerdings waren Aufstiegsmöglichkeiten in der Krankenpflege in Tätigkeiten nach Vergütungsgruppe Kr. V und höher beschränkt. Der Unterschied von Kr. IV zu Kr. V betrug je nach Alter und Familienstand monatlich zwischen 60 und 100 DM netto.

Der neue Tarifvertrag sieht nun für die Kranken- und Altenpflege eine um zwei Gruppen bessere Endvergütung vor. Dies wird durch einen zweimaligen Aufstieg – ohne Funktionsänderung – im Laufe eines Berufslebens erreicht.

In der Altenpflege erfolgt eine Eingruppierung von Kr. IV nach Kr. V nach drei Tätigkeitsjahren und nach weiteren vier Jahren nach Kr. V a; während in der Krankenpflege der Bewährungsaufstieg von Kr. IV nach Kr. V bereits nach zwei Jahren und nach weiteren drei Jahren nach Kr. V a erfolgt.

Die im Vergleich zur Krankenpflege um ein Jahr längere Aufstiegszeiten in der Altenpflege wurden deshalb vereinbart, um auf diese Weise die gegenüber der Krankenpflegeausbildung kürzere zweijährige Altenpflegeausbildung zu berücksichtigen (Zeuge Badziong, P 22/85).

Dagegen „verkürzt sich für Altenpflegerinnen mit einer dreijährigen Ausbildung die Zeit der Tätigkeit und die Zeit der Berufstätigkeit um ein Jahr“ (Protokollerklärung Nr. 5 des 62. Tarifvertrags).

## cc) Einführung einer Schicht- und Wechselschichtzulage

Neu eingeführt wurde eine Zulage für die Kranken- und Altenpflegetätigkeit, die in Schicht und Wechselschicht geleistet werden müssen. Je nach Länge der Schicht bewegt sich diese Zulage zwischen 70, 120 oder 150 DM pro Monat.

## dd) Verbesserungen bei der sogenannten Geriatriezulage

Neben einer Erhöhung dieser Zulage von 67 auf 90 DM sind auch die Eingangsvoraussetzungen hierfür verbessert worden.

Seit 1. August 1989 wird nach der Protokollerklärung Nr. 1 Ziffer 1 c des neuen Tarifvertrags „Pflegepersonen, die die Grund- und Behandlungspflege zeitlich überwiegend bei Kranken in geriatrischen Abteilungen oder Stationen ausüben“ für die Dauer dieser Tätigkeit die Zulage gewährt. Demgegenüber mußte vorher „ständig“ diese Tätigkeit ausgeübt werden, was nach der Rechtsprechung „fast ausschließlich“ bedeutete (Zeuge Badziong, P 22/84).

Nach Angaben des Zeugen Badziong gibt es auf Grund der Anknüpfung an die „Krankenpflegebedürftigkeit“ noch Probleme bei der Interpretation dieser Tarifnorm. Zur Haltung der Gewerkschaft ÖTV erklärte er:

„Aber wir gehen davon aus, daß der überwiegende Teil der Altenheime, die heute zumindest im Bereich der öffentlichen Trägerschaft da sind, daß dieses Tarifmerkmal auf diese Heime Anwendung findet. Von daher ist eine weitgehende Gleichstellung der Krankenpflege mit der Altenpflege da“ (P 22/85).

Nach Angaben des Zeugen Dr. Bopp (P 22/76) wird diese Geriatriezulage als ein Anreiz gewährt, sich speziell mit der Altersproblematik auch in der Pflege zu befassen. Sondervergütungen können insoweit als Anreiz nicht geboten werden, weil es keine Fachschwestern gibt (vgl. hierzu Darlegungen unter I. 5. g).

ee) Erhöhung der Zuschläge für Nacht- und Samstagsarbeit

Der Nachtzuschlag (Tätigkeiten ab 21.00 Uhr) ist von 1,50 auf 2,50 DM pro Stunde, der Samstagzuschlag (ab 12.00 Uhr) von 0,75 DM auf 1,25 DM pro Stunde erhöht worden. Die Zuschläge für Sonn- und Feiertagsarbeit wurden nicht verändert.

Die Zeitzuschläge für Nacht- und Samstagsarbeit werden nunmehr in die Berechnungsgrundlagen für die Urlaubsvergütung, Krankenbezüge und (Weihnachts-)Zuwendung einbezogen.

c) Bewertung

aa) Haltung der Landesregierung

Hierzu erklärte die Zeugin Barbara Schäfer bei der Beweisaufnahme am 19. Januar 1990:

„Die Neuordnung der Tarifvergütungen stellt auch nach Auffassung der Landesregierung einen bedeutenden ersten Schritt zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe dar“ (P 21/62).

Auf Nachfrage erklärte sie:

„Ich würde eine weitere Verbesserung im tariflichen Bereich für wünschenswert halten“ (P 21/75).

bb) Haltung des Landkreistages Baden-Württemberg

Hierzu bekundete der Zeuge Dr. Gerhardt:

„Wir hoffen natürlich, daß die Verbesserungen, die also nicht nur gerade im untersten Bereich liegen und wo wir uns wirklich auch geöffnet haben, wenn auch vielleicht nicht alle Zielvorstellungen, die vor allem von den berufsständischen Organisationen vorgetragen worden sind, erfüllt wurden, weil wir einfach abwägen mußten. – Es muß ja jemand da sein, der das nun letztlich zahlen kann . . . Herr Oberkirchenrat Michel meint, das sei jetzt also eine Lösung, mit der man sich sehen lassen kann, wobei natürlich immer noch Wünsche offen sind, und wir sind ja auch nicht diejenigen, die das jetzt als endgültige Lösung ansehen, sondern durchaus nun hier sehen, daß da unter Umständen im Zuge der Entwicklung noch weitere Nachschläge erforderlich sind“ (P 21/23).

## cc) Haltung der Gewerkschaften ÖTV und DAG

Für die Deutsche Angestelltengewerkschaft erklärte der Zeuge Hartmann:

„Das, was wir gefordert haben, ist im Materiellen nicht erreicht worden durch die Schwierigkeiten, die auf der Arbeitgeberseite hinsichtlich der Finanzierbarkeit unserer Forderungen dargestellt wurden. Es lag auch nicht in unserem Sinne, jetzt in erster Linie einmal diese Forderungen durch einen flächendeckenden Streik zu erzwingen. Wir sind weit über das Maß hinaus gekommen bei der letzten Tarifverhandlung als das, was wir üblicherweise bei den Tarifverhandlungen in den zurückliegenden Jahren erreicht haben. Wir werden das fortsetzen“ (P 17/91).

Für die Gewerkschaft ÖTV bekundete der Zeuge Arndt:

„Meine Ausgangsposition ist die, daß sich die tarifvertraglichen, die finanziellen Rahmenbedingungen – ich sage einmal: ein Stück – verbessert haben. Dies ist sicherlich tarifpolitisch aus unserer Sicht ein Erfolg. Es ist aber insgesamt noch nicht ausreichend, wenn ich die Frage stelle: Wie bekomme ich Personal?“ (P 16/79).

Ergänzend erklärte der Zeuge Badziong aus der Sicht der ÖTV:

„Wir haben die Situation, daß wir den Bereich der Kranken- und Altenpflege nicht völlig losgelöst von anderen Berufsgruppen sehen können. Von daher ist, denke ich, die jetzt vorgesehene Anpassung um zwei Vergütungsgruppen in der Endvergütung über zwei Aufstiege durchaus etwas, was für die nächsten Jahre tragfähig ist, was so stehen bleiben kann. Das schließt nicht aus, daß eine weitere zunehmende Verknappung in den Pflegeberufen, die ja zum großen Teil aus anderen Gründen erfolgt als aus reinen Bezahlungsgründen, dazu führen kann, daß wir in relativ kurzer Zeit erneut verhandeln.

Für uns ist es ein ganz wichtiges tarifpolitisches Ziel, den Bereich, den wir hier im stationären Bereich durch den Tarifvertrag abgedeckt haben, daß wir den auch auf den ambulanten Bereich übernehmen, weil es ja einen zunehmenden Trend von professioneller Pflege auch im ambulanten Bereich gibt“ (P 22/87).

Auf die Frage, ob bei den Tarifvertragsverhandlungen auch die unterschiedlichen Arbeitsplatzbelastungen in den verschiedenen Pflegebereichen berücksichtigt wurden, fügte der Zeuge hinzu:

„Es ist sicherlich so, daß wir in jeder Tarifsituation vor der Situation stehen, daß Tarifverträge nur in Ansätzen so etwas wie eine gerechte Bewertung von Arbeit abbilden. Sie sind in der Regel immer auch Ausdruck dessen, was politisch durchsetzbar ist, was gegenüber den Arbeitgebern durchsetzbar ist. Von daher haben wir uns in diesem Fall bei der Neuregelung im Kr-Tarifvertrag natürlich erst einmal darauf reduzieren müssen. Wir hatten eigentlich vor, eine etwas weitergehende Strukturveränderung vorzunehmen. Wir haben uns darauf reduzieren müssen“ (P 22/88).

## dd) Haltung der Kostenträger

Für die Landeswohlfahrtsverbände bekundete der Zeuge Dr. Jopen:

„Obwohl auch dieser Abschluß, zumal er mit der Personalverbesserung zusammentrifft, recht kostenträchtig ist – die Altenhilfe wird ungefähr 55 Millionen DM aufwenden müssen –, haben wir als Kostenträger diesen verbesserten Tarifvertrag begrüßt. Er ist eine notwendige Bedingung, um den Arbeitsplatz Pflegeheim etwas attraktiver zu machen“ (P 15/15).

In diesem Zusammenhang wies er darauf hin, daß zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch weitere Leistungen mit finanziellen Auswirkungen an die Pflegemitarbeiter erforderlich sind:

„Gerade in den Ballungszentren werden wir an der verstärkten Bereitstellung von Mitarbeiterwohnungen nicht vorbeikommen. Uns ist allerdings schon heute erkennbar, daß dies nur gelingen wird, wenn die Investitionsgeber, die Träger mit ihren Eigenmitteln und die Träger der Folgekosten, also die Sozialhilfeträger und die Selbstzahler, zusammenwirken. Wenn einer der drei Partner sich hier ausklinkt, sind derartige kostenträchtige Vorhaben, die tatsächlich die Personalgewinnung günstig beeinflussen können, nicht darstellbar. Hier kann der Landtag mittelbar Einfluß nehmen, in dem er die Investitionstitel für die Einrichtungen der Altenhilfe und der Behindertenhilfe so ausstattet, daß die verstärkte Förderung von Mitarbeiterwohnungen möglich wird. Dann werden die Träger mit ihren Eigenmitteln und die Folgekostenträger mit Hilfe des Pflegesatzes ihren Beitrag auch leisten können“ (P 15/16).

ee) Meinungen aus der Pflegepraxis

Der Zeuge Kreller (Leiter des Alten- und Pflegeheims „Haus auf der Waldau“, Stuttgart) sagte auf die Frage nach den finanziellen Vorstellungen der Pflegemitarbeiter:

„Finanziell ist das schwer zu sagen. Ich meine, man müßte vielleicht doch Vergleiche heranziehen. Eine Stationsschwester einer 24-Betten-Station hat die Verantwortung für 24 Bewohner, daß diese pflegerisch, medikamentös und therapeutisch gut versorgt sind. Sie erwartet im Grunde heute, daß sie im Vergleich zur Industrie genau das gleiche verdient. Das ist eine Abteilungsleiterin, würde ich einmal sagen, bei einem Kaufhaus oder, ja, fast höherer Beamten dienst. Und eigentlich liegen da letztendlich die Vorstellungen, das gleiche zu verdienen. Das sind sicher die Anreize. Aber als ersten Schritt Arbeitszeitverbesserungen“ (P 21/117).

Auf die Frage nach dem finanziellen Handlungsbedarf bei den ungelernen Mitarbeitern erklärte er:

„Die kommen von Kr. I nach Kr. II ohne jede Ausbildung, und dann ist da Schluß. Die Zulagen bekommen sie auch so. Im finanziellen Bereich vielleicht. Was für mich wichtiger wäre, Qualifikationsmöglichkeiten zu schaffen, in Blocksystemen meinetwegen Wochenkurse, daß man in fünf Jahren irgendwie mittlere Qualifikation, die zwischen ungelernen und examinierten Kräften liegt, erreicht oder auch hin bis zu examinierten Kräften und daß dadurch dann die Möglichkeiten, mehr zu verdienen – das ist für unseren Beruf oder für unsere Arbeit besser, als unbegrenzt auch da anzuheben“ (P 21/118).

Der Sachverständige Prof. Beischer (ärztlicher Direktor der Med. Klinik III und Med.-Geriatr.-Abteilung des Bürgerhospitals, Stuttgart) begrüßte, daß sich die Vergütung für das Pflegepersonal insgesamt „etwas gebessert hat“; er meinte jedoch, „daß das insgesamt nicht gut genug ist“ (P 22/131).

Kritik übte er insbesondere an der mit der neuen Tarifordnung verbundenen stärkeren Nivellierung:

„Die Schwester, die kürzer im Dienst ist, verdient jetzt mehr, während die Schwester, die schon länger im Dienst ist, ist praktisch gleich geblieben. Das halte ich für ein Problem; denn in allen unseren Bereichen ist es doch so, daß ich eine Chance haben muß, mich zu qualifizieren, und dann auch eine Chance haben muß, daß mein Mehrwissen und -können im Geldbeutel seinen Niederschlag findet. Ich würde meinen, die Nivellierung sollte durchaus wegbleiben, damit auch der Ansporn für eine Schwester besteht, Stationsschwester zu sein. Da ist jetzt eine gewisse Nivellierung erfolgt, die ich für nicht so gut halte“ (a. a. O.).

Im Zusammenhang mit dem „Thema Vergütung im Großstadtraum Stuttgart“ sah er in der Schaffung erschwinglicher Wohnkapazität einen „ganz kritischen Punkt“. Hierzu berichtete er:

„Ich habe zahlreiche Schwestern, die auch bei uns gegangen sind, gefragt. Der Wunsch, eine eigene Wohnung zu haben und nicht im einfachen Schwesternwohnheim zu wohnen, war häufig da. Da hieß es einfach: ‚Das können wir uns hier nicht leisten‘, was, wenn man die Gehälter kennt, wohl verständlich ist“ (P 22/132).

#### 4. Altenpflegeausbildung

Die Ausbildungsbedingungen sind ein entscheidender Faktor für die Attraktivität des Berufs des Altenpflegers/der Altenpflegerin.

##### a) Neuordnung der Altenpflegeausbildung

Mit dem Ziel, die Ausbildung für die Auszubildenden attraktiver zu gestalten und die Qualität der Ausbildung zu verbessern hat die Landesregierung für die „Altenpflegesschulen in freier Trägerschaft“ zum 1. September 1988 (GABl. 1988, S. 1225 ff.) und für die staatlichen „Berufsfachschulen für Altenpflege“ zum 1. August 1989 (Erlaß des Ministeriums für Kultus und Sport, Az. 6622.43/5) jeweils wortgleich eine Neuordnung der Altenpflegeausbildung festgelegt. Die mit der Neuordnung eingeführte dreijährige – anstatt der bislang zweijährigen – Altenpflegeausbildung lehnt sich nach ihren Inhalten (vgl. unter c) eng an die Krankenpflegeausbildung an; dagegen werden Unterschiede bei den Ausbildungsvoraussetzungen (vgl. unter b) weitgehend beibehalten.

##### b) Ausbildungsvoraussetzungen

###### aa) Unterschiede in der Kranken- und Altenpflegeausbildung

Zur Aufnahme der Krankenpflegeausbildung wird die Mittlere Reife oder der Hauptschulabschluß plus einer dreijährigen Berufsausbildung vorausgesetzt. Dagegen ist für die Altenpflegeausbildung alternativ zur Mittleren Reife ausreichend der Hauptschulabschluß plus zweijähriger abgeschlossener Berufsausbildung oder dreijähriger einschlägiger Berufstätigkeit oder ein freiwilliges soziales Jahr oder eine abgeschlossene Krankenpflegehefelferausbildung.

Die Unterschiede in den Ausbildungsvoraussetzungen führte die Zeugin Kühn auf den unterschiedlichen Stellenwert der Krankenpflege und der Altenpflege innerhalb der Gesellschaft zurück:

„Der Stellenwert einer Krankenschwester ist wesentlich höher als der einer Altenpflegerin oder der eines Altenpflegers. Das sagen auch immer wieder die Schüler, wenn man sie nach ihrem Berufsbild fragt“ (P 23/8; ähnlich: SM in Drucksache 10/2991).

Die Mittlere Reife als Ausbildungsvoraussetzung sowohl für die Kranken- als auch für die Altenpflege vorzusehen, befürworteten aufgrund des „Berufsprofils“ die Zeugin Kühn und der Zeuge King.

Einschränkend meinte der Zeuge King hierzu:

„Nur sehe ich andererseits in der Altenpflege einen Ausbildungsberuf, der sehr viel praktische Tätigkeiten erfordert, so daß diese dreijährige Berufstätigkeit, zum Beispiel für die Ausbildung geeignete Berufstätigkeit, durchaus sinnvoll und auch geeignet erscheint, den Be-



ruf überhaupt zu ergreifen“ (P 25/107; im Ergebnis ebenso: Zeuge Badziong, der für eine besondere Berücksichtigung entsprechender beruflicher Erfahrungen beim Eingang zur Altenpflegeausbildung plädierte, P 22/93).

Dagegen meinte die Zeugin Kühn:

„Aber das ist meines Erachtens noch nicht zu realisieren. Im Zeitalter der Dominanz der kaufmännischen Berufe bekommen wir zu wenige Leute für diesen Bereich (P 23/21) . . .

. . . Wissen Sie, Sie bekommen etwa 1 500 DM, wenn Sie Altenpfleger sind, sagen wir mal, 20 Jahre alt, netto ohne Zulagen jetzt. Die 1 500 DM verdienen sich natürlich an einem sitzenden Arbeitsplatz sehr viel leichter als eben in der Altenpflege. Ich glaube, eine finanzielle Aufwertung, eine materielle Aufwertung dieses Berufes würde sehr viel stärker die Möglichkeit schaffen, daß ein Schüler wirklich vergleicht und sagt: hier habe ich ja Menschen, hier kann ich auch ein Stück weit Mensch sein“ (P 23/23).

Auf Frage, wie mehr junge Menschen an die Pflegeberufe herangeführt werden können, bekundete die Zeugin:

„Es gibt nicht mehr Schüler. Die Schüler kommen nicht mehr. Die Zeiten des sozialen Engagements sind vorbei. Die hatten wir in den 70er Jahren; da habe ich Ausbildung gemacht, da war es eben die Zeit, wo man sich mit dem Menschen beschäftigt hat. Im Zeitalter, ja, wo das Computerwesen eigentlich die Faszination ausstrahlt für die Menschen, werden sie auch da nicht mehr Leute herbringen“ (P 23/27).

Ein mögliches Potential, zusätzlich Pflegekräfte zu gewinnen, sah die Zeugin Kühn darin, „die Frauen, die jetzt in sozialen Berufen waren, zu reaktivieren oder Frauen durch Umschulungsmaßnahmen über das Arbeitsamt die Möglichkeit geben, einen Beruf zu ergreifen“ (P 23/25).

bb) Zweckmäßigkeit eines Vorpraktikums

Die Zeugin Müller befürwortete, daß vor Ausbildungsbeginn ein Praktikum in der Altenpflege verlangt wird, weil „es besser ist, sie gehen vorher ab, als wenn sie angefangen haben“ (P 16/48).

Dagegen lehnten die Zeugin Kühn sowie der Zeuge Badziong ein Vorpraktikum o. ä. vor der Ausbildung kategorisch ab:

„Ich halte von dem Vorpraktikum überhaupt nichts, aus zwei Gründen: einmal sind es billige Arbeitskräfte. Sie müssen voll mitarbeiten – ich habe es selbst am eigenen Leib erlebt –, und zwar werden sie zwei Tage vielleicht mitgeführt. Man zeigt ihnen irgend etwas, und dann laufen sie also wirklich ganz alleine. Da schleifen sich sehr viele falsche Dinge ein, und die kriegen sie nachher schlecht wieder heraus. Ich weiß das also von unseren Fachleuten, den Altenpflegern. Das ist die eine Sache, daß sie billige Arbeitskräfte sind und daß sie eben Falsches erlernt haben, was schlecht wieder herauszubringen ist. Aus diesen beiden Gründen lehne ich es ab“ (Zeugin Kühn, P 23/21).

Aus der Sicht der Gewerkschaft ÖTV erklärte der Zeuge Badziong hierzu:

„. . . da geht es schlicht darum, daß man ungelernte Leute als Hilfskräfte in diesen Bereich hineinpackt. Ich kann Ihnen aus unserer Sicht (Anm.: ÖTV) nur sagen: Gerade in der Altenpflege, denke ich, ist der Anteil von Ungelernten und Angelernten unerträglich hoch. Das heißt, die eigentliche Qualifikation, die abgefordert wird von demjenigen, der dort professionell arbeitet, kommt wirklich zu kurz. Ein solches Verfahren noch ausweiten zu wollen führt wirklich dazu, daß die Situation noch schlimmer wird“ (P 22/99).

Eine vermittelnde Auffassung äußerte der Zeuge Gutmann:

„Ich hatte zunächst, als wir an die Sache herangingen, Bedenken, daß wir junge Schüler bekommen würden, und war immer ein Verfechter dafür, daß ein Praktikum vorgeschaltet werden sollte, einfach weil ich auch Bedenken gehabt habe, daß die Schülerinnen, wenn sie in zu jungem Alter kommen, eben einfach sich keine klare Vorstellung davon machen, wie schwierig dieser Beruf sein wird. In der Zwischenzeit habe ich aber die Erfahrung gemacht, daß die Abbruchquote bei den jungen Schülerinnen nicht so groß ist, wie das zunächst einmal den Anschein gehabt hat. Also meine Beobachtung ist, daß die Schüler, wenn sie also mit 18 beginnen, will ich jetzt einmal sagen, das sehr wohl verkraften, daß ich also aus dem Grund, daß sie die schwierige Problematik des Berufs nicht verarbeiten können, wenig Abbrüche verzeichnen kann aus meinen jetzigen Erfahrungen. Das war eine Überraschung für mich, aber ich habe das so beobachtet“ (P 23/81).

#### c) Ausbildungsinhalte

Das SM geht davon aus, daß die noch übergangsweise angebotene zweijährige Altenpflegeausbildung (entsprechend der Verordnung der Landesregierung über die Schulen für Altenpflege und für Haus- und Familienpflege vom 7. Mai 1980 – GBl. S. 298 –, zuletzt geändert durch Verordnung vom 21. Februar 1983 – GBl. S. 109) den Anforderungen der Praxis nicht mehr in vollem Umfang entspricht:

„Erforderlich ist eine gründlichere Vermittlung der Ausbildungsinhalte insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit psychisch veränderten älteren Menschen, den musisch-kreativen und aktivierenden Bereich sowie auf rehabilitative Maßnahmen. Dem wird durch die Neuordnung der Altenpflegeausbildung Rechnung getragen“ (Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 7).

#### aa) Dauer und Gliederung der Ausbildung

Die Ausbildung ist nunmehr wie folgt gegliedert:

„Die Ausbildung dauert drei Jahre. Sie umfaßt mindestens 1 600 Stunden theoretischen Unterricht an einer Schule für Altenpflege und mindestens 3 000 Stunden praktische Ausbildung in Einrichtungen der Altenhilfe. Sie gliedert sich in zwei Ausbildungsabschnitte:

1. eine Ausbildung von einem Schuljahr mit mindestens 640 Stunden theoretischem Unterricht an einer privaten Berufsfachschule für Altenpflege in Verbindung mit mindestens 900 Stunden praktischer Ausbildung in Einrichtungen der Altenhilfe, die mit der Prüfung zur staatlich geprüften Altenpflegehelferin abgeschlossen werden kann, und
2. eine anschließende Ausbildung von 2 Schuljahren mit mindestens 960 Stunden theoretischem Unterricht an einer privaten Berufsfachschule für Altenpflege in Verbindung mit mindestens 2 100 Stunden praktischer Ausbildung in Einrichtungen der Altenhilfe, die mit einer Abschlußprüfung endet“ (GABl. 1989, S. 1225).

#### bb) Praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung in Einrichtungen der Altenhilfe mit mindestens 3 000 Stunden ist wie folgt konkretisiert:

„– In stationären/teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe mit mindestens 2 120 Stunden.

Davon sollen mindestens 320 Stunden auf die praktische Ausbildung im gerontopsychiatrischen Bereich entfallen. Soweit erforderlich und möglich sollen bei diesem Teil der Ausbildung geriatrische Kliniken, gerontopsychiatrische Pflegeheime und psychiatrische Landeskrankenhäuser mit herangezogen werden.

- In einer offenen oder ambulanten Einrichtung, zum Beispiel einer Sozialstation oder einer Einrichtung der Gemeindekrankenpflege mit mindestens 240 Stunden.

Zur freien Verteilung auf alle Bereiche verbleiben mindestens 640 Stunden“ (GABl. 1989, S. 1227).

Der Zeuge King kritisierte, daß „diese 2 120 Einsatzstunden plus 640 Stunden zur freien Verfügung nicht definiert sind:

„Das läßt natürlich Tür und Tor auf, um mit den 2 120 plus 640 Stunden zur freien Verfügung auf nahezu 2 800 Stunden zu kommen, die unter Umständen – ich möchte es keinem Träger unterstellen – einzig und allein dazu dienen, um eventuell Pflegekräfte auf der Station zu erlangen“ (P 25/108).

Im Vergleich zum bisherigen Ausbildungsgang meinte der Zeuge:

„Im herkömmlichen Modell haben wir 400 von den 1 000 Stunden (Anm.: der fachpraktischen Ausbildung) im Pflegeheim abgeleistet, und die Erfahrungen der Auszubildenden nach den 400 Stunden gehen eindeutig in die Richtung: die 400 Stunden haben gereicht; nach einer Woche Einarbeitungszeit muß man selbständig arbeiten, und ansonsten war keine Lernsituation, Lehrsituation oder Erfahrungssituation mehr gegeben“ (a. a. O.).

Der Zeuge King hielt es deshalb

„dringend erforderlich, identisch zur Krankenpflege von der Ausbildungsstrukturierung, von den Ausbildungsinhalten her eine genauere Definition zu vollziehen, was die einzelnen Einsatzbereiche betrifft. Ansonsten sehe ich den Ausbildungsstatus bei weitem gefährdet“ (P 25/108).

Die mangelnde Verzahnung von Theorie und Praxis im Rahmen der Altenpflegeausbildung kritisierte der Zeuge Badziong:

„Auch in der Krankenpflege haben wir da unsere Probleme. Aber in der Altenpflege ist es, denke ich, derzeit noch gravierender, so daß eine erste durchgreifende Änderung in der Altenpflege dazukommen muß, daß wir eine vernünftige Verzahnung von Theorie und Praxis und ein Aufeinanderabstimmen der theoretischen auf die parallel zu unterweisenden praktischen Inhalte kriegen.

Das schließt natürlich ein, daß man in der stationären Altenpflege eine Situation braucht, wo eine vernünftige Praxisanleitung vor Ort geschehen kann, auf der Station, so daß man nicht permanent eine Situation hat, wo derjenige, der gerade zur Ausbildung dahin kommt, eben recht dazu ist, als Hilfskraft zu fungieren“ (P 22/96).

#### (1) Probleme ausreichender Praxisanleitung

Nach Angaben des Zeugen King (ähnlich: Zeuge Roos, P 17/62) stehen „vor Ort in der Regel“ keine ausgebildeten Anleiter zur Verfügung:

„Da besteht ein arges Defizit. Wer will anleiten, wenn er zum einen keine Zeit hat und zum zweiten, wenn er oder sie keine Fähigkeiten zum Anleiten hat? So einfach anleiten oder pädagogische Inhalte näherbringen – es bedarf schon einer kleinen Ausbildung von mindestens 300 oder 400 Stunden, in denen die Anleiterseminare auch durchgeführt werden. Das finden wir aber in den Häusern in der Regel nicht“ (P 25/109).

Dagegen schreibt das SM in seiner Stellungnahme vom 28. März 1989:

„Die Bedeutung der Supervision in der Ausbildung im Sinne von Praxisanleitung ist unbestritten. Sie wird von der überwiegenden Anzahl der Schulen angeboten, wenngleich in unterschiedlicher Form (zum Beispiel Gruppensupervision – Einzelsupervision, Einsatz von „haus-eigenen Kräften“ – „hausfremden Kräften“).

Der Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg wird ab April 1989 für seinen Bereich Mentorenkurse für Praxisanleiter in der Altenhilfe einrichten. Diese Fortbildung wird in vier einwöchigen Kursabschnitten durchgeführt, die auf insgesamt 2 Jahre verteilt werden“ (Seite 7).

Der Zeuge Degenhart verband mit dem Begriff „Supervision“ insbesondere die schulische Begleitung, Betreuung und Beratung angehender Haus- und Altenpflegehelfer während des einjährigen Vorpraktikums:

„Damit wurde ein Instrument zur berufsbezogenen Begleitung, Betreuung und Beratung der Praktikanten geschaffen, was zugleich auch als Ausleseinstrument für die qualifizierten Bewerber dieses Ausbildungsganges diente. Dieses Praktikum hat sich einhellig sowohl nach Aussagen der Schulen als auch der Einrichtungen bewährt . . . Es ist jedenfalls andererseits so, daß eine Supervision im optimalen Umfang nicht stattfinden kann, weil der Aufwand, der dazu notwendig ist, und auch die fachliche Qualifikation nach unserer Einschätzung nicht gegeben sind“ (P 24/67).

Ausgehend von einem anderen Begriffsverständnis der Supervision kam der Zeuge Gutmann zu einer anderen Bewertung des mit der Supervision angestrebten Ausbildungsziels:

„Wenn man darunter (Anm.: Supervision) versteht, daß alles, was bei der Begegnung von Haus- und Altenpflegehelfern in irgendeiner Weise wirksam ist, und wenn es auch darum dann geht, bewußt machen nicht nur der äußeren Fakten, sondern der inneren Zusammenhänge, die Psyche der beteiligten Personen und dergleichen Dinge mehr, dann muß ich sagen, ist diese Art von Supervision in der bisherigen Ausbildung so nicht vorgesehen und so auch nicht praktiziert worden. Ich muß dazu auch ergänzen, daß nach meiner Erfahrung – ich habe auch eine Fachschule für Sozialpädagogik, wo dieses Prinzip auch zum Tragen kommt – ich sagen müßte: Mit einem solchen Anspruch wäre die Gruppe von Schülern, die ich erlebt habe, hoffnungslos überfordert. Ich muß das so nach meinen Erfahrungen sagen.

Es gibt allerdings gewisse fließende Übergänge. Wenn ich natürlich daran denke, daß die Reflexion über die Tätigkeit in der Praxis in bestimmten Phasen natürlich auf innere Zusammenhänge manchmal zu sprechen kommt, dann sind die beiden Begriffe Reflexion und Supervision nicht so strikt abgrenzbar. Aber ich muß also nochmal sagen: Supervision als Ausbildungsziel war in diesem Ausbildungsgang nach meiner Erfahrung nicht zum Tragen gekommen“ (P 23/74).

## (2) Schaffung erforderlicher Praktikastellen

Hierzu berichtete der Zeuge Degenhart bei der Beweisaufnahme am 4. Mai 1990:

„Hinsichtlich der Bereitstellung von Praktikantenstellen in kommunalen Einrichtungen gab es von Beginn an zunächst keine Probleme, während manche privaten Einrichtungen auf Grund der Zurückhaltung der privaten Träger ein gewisses anfängliches Zögern zeigten. So gab es beispielsweise insbesondere auf der evangelischen Seite gewisse Vorbehalte. Aber auf Grund des hohen Bedarfs an Personal und des zunehmenden Bekanntheitsgrades des Ausbildungsganges und seiner Qualität wich dieses Zögern zunehmend einer positiven Einschätzung“ (P 24/66; ähnlich: Zeugin Kühn, P 23/15).

Dagegen bekundete der Zeuge Gutmann für die Berta-von-Suttner-Schule in Ettlingen:

„Wir haben zu keinem Zeitpunkt irgendwelche Schwierigkeiten gehabt, Praktikumsplätze zu finden. Und es ist im Augenblick auch immer noch so, daß wir mehr Praktikumsplätze hätten, als Schüler tatsächlich da sind“ (P 23/77).

### (3) Finanzierungsproblem der Praktika-Einsätze

Von einem Problem bei der Finanzierung der Praktika-Einsätze, die nicht im Pflegeheim erbracht werden, berichtete die Zeugin Müller bei der Beweisaufnahme am 29. September 1989:

„Sozialstationen zahlen noch nichts, und unsere Schüler kriegen eine Ausbildungsbeihilfe. Ich muß sagen, ich kann nicht einsehen, daß die Bewohner eines Heimes dann die Ausbildung für 20 junge Leute finanzieren oder deren Einsatz in der Ambulanz“ (P 16/48; im Ergebnis ebenso: Zeugin Kühn, P 23/18).

Das bedeutet, daß die Ausbildungsvergütung der Altenpflegeschüler auch während ihrer Praktika-Einsätze, die nicht im Pflegeheim erbracht werden, von den Heimbewohnern über den Pflegesatz des Pflegeheims finanziert werden.

Der Zeuge King wies deshalb darauf hin, daß „es im Moment ein Problem der Liga der Wohlfahrtsverbände ist, ob die überhaupt bereit sind, im Moment so viele nichtstationäre Praxiseinsätze mit zu finanzieren oder ob andere eingebunden werden“ (P 25/18).

### cc) Theoretischer Unterricht

Der theoretische Unterricht an den privaten und öffentlichen Altenpflegeschulen richtet sich nach den vom Sozial- bzw. vom Kultusministerium erlassenen und im wesentlichen inhaltsgleichen Bildungs- und Lehrplänen (wegen der Stundentafel: vgl. GABl. 1989, S. 1225, 1232).

Nach den Bekundungen des Zeugen Degenhart haben sich die fachtheoretischen Ausbildungsinhalte nach Einschätzung des Ministeriums für Kultus und Sport grundsätzlich bewährt. Besonders hob er hervor, daß mit der Neuordnung der Altenpflegeausbildung zusätzlich das Fach „Aktivierung und Beschäftigung mit 5 Wochenstunden“ aufgenommen wurde:

„Das ist ein Akzent, der insbesondere bei uns in Baden-Württemberg als besonders wichtig angesehen worden ist“ (P 24/66).

Mit einer stärkeren Hervorhebung des Faches „Aktivierung und Beschäftigung, Rehabilitation“ für das Berufsbild des Altenpflegers/der Altenpflegerin könnte nach Meinung der Zeugin Kühn der Altenpflegeberuf in der Gesellschaft attraktiver gemacht werden:

„Es besteht im Moment immer noch der Trend in den Einrichtungen: Die schaffen ja nichts, wenn sie beschäftigen; das könnt ihr in eurer Freizeit tun! Und das müßte viel stärker hervorgehoben werden, daß ich eben eine geriatrische Person mit einer Verwirrtheit eben doch durch ganz gezielte Rehabilitation, durch ganz gezielte Maßnahmen vielleicht zu einer kleinen Veränderung, zu einer Verbesserung bringen kann. Das wäre in der Gesellschaft viel stärker hervorzuheben, nicht die Pflege nur“ (P 23/19).

### (1) Mangelnde Fächerabstimmung

Eine mangelnde Abstimmung der Fächer untereinander sowie des 1., 2. und 3. Ausbildungsjahres kritisierte die Zeugin Kühn:

„Ich weiß von Kollegen, die bei uns an der Schule sind und aus der näheren Umgebung, die in der Lehrplankommission waren, die muß-

ten innerhalb von einem halben Jahr einen Lehrplan zusammenschustern. Ja, und so sieht er dann auch ein bißchen aus. Das heißt, es ist nicht aufeinander abgestimmt. Fächer, in denen es nicht mehr ausgerichtet hat, Inhalte zu vermitteln, die hat man einfach in ein anderes Fach hineingepackt. Ganz konkret: Aktivierung und Rehabilitation mußten herhalten dafür, daß es in Gerontologie nicht mehr gereicht hat, die Interventionsgerontologie zu unterrichten. Dann ist sie einfach in ein anderes Fach gekommen“ (P 23/14).

In ähnlicher Weise äußerte sich auch der Zeuge King:

„Die Aufstockung von 1 400 auf 1 600 Stunden beinhaltet unter anderem 120 Stunden in Lebens- und Glaubensfragen. Das ist sicherlich nicht unwichtig für eine Altenpflegerin/einen Altenpfleger. Andererseits: Ob das so eine eindeutige Ausbildungsverbesserung bringt, ohne daß diese Mehrstunden zum Beispiel den Fächern Gerontologie, Supervision, Altenpflege zugeschlagen wird – da sehe ich eindeutige Lücken in dem Lehrplan, der vom Sozialministerium vorgelegt wurde“ (P 25/109).

Probleme bei der Vermittlung des Faches „Supervision“ im Rahmen der theoretischen Ausbildung beklagte die Zeugin Kühn:

„Wir haben das Problem an den Schulen, daß wir keine Supervisoren haben als Lehrer. Wir haben Diplompädagogen an der Schule, die Gerontologie zum Beispiel unterrichten, die Zusatzausbildung gemacht haben, aber keine Zusatzausbildung in Supervision oder Transaktionsanalyse . . . Wir bemühen uns im Moment, zusätzliche Fachkräfte an die Schulen zu bekommen. Die sind sehr teuer. Die Kosten für eine Unterrichtsstunde 50 DM. Und wer das bezahlt, darüber sind wir uns auch im Moment noch nicht im klaren. 10 Doppelstunden bräuchte man für eine Supervision oder Transaktionsanalyse“ (P 23/10).

## (2) Vermittlung der seelisch-geistigen Kompetenz

Der Zeuge Harmening vertrat die Auffassung, daß in der Altenpflegeausbildung „das Körperliche und das Seelisch-geistige noch nicht den richtigen Stellenwert haben“ (P 23/66). Dies führte er im wesentlichen auf einen großen Unterschied zwischen der Alten- und Krankenpflege zurück:

„In dem Krankenhaus geht es darum, gesund zu werden. Da ist man 11, 12, 13, 14 Tage, vielleicht mal mehrere Wochen – das ist schon die Seltenheit – und mehrere Monate; das ist noch seltener. Aber in der Altenpflege ist es ein Zusammenleben, ein Zusammenleben-wollen und Zusammenleben-müssen. Und da muß man die *i n n e r e H a l t u n g* haben: Der alte Mensch gehört zu mir, und ich gehöre zu dem alten Menschen, und es kann eine Einheit werden. Ich will nicht sagen: wie in der Familie; aber Gesetzmäßigkeiten zu schaffen wie in der Familie, diese sogenannte Seelenpflege hinzubekommen, das ist die Schwierigkeit“ (P 23/52).

Zu der für die „Seelenpflege“ erforderliche „innere Haltung“ fügte der Zeuge Harmening aus anthroposophischer Sicht erläuternd hinzu:

„In der Altenpflege muß man Monate, Jahre zusammenleben, und da halte ich einfach diese Ausbildungsvoraussetzungen für noch wesentlicher in diesem ‚was ist der Mensch?‘, ‚was ist das Alter?‘, ‚was drückt sich im Alter besonders aus?‘, ‚wie kann man den alten Menschen verstehen in seinen Einseitigkeiten?‘ und aus meinem Hintergrund, aus diesem anthroposophischen Hintergrund, ist es ja so, daß der Mensch bis ins hohe Alter sich entwickeln kann, daß das nicht aufhört mit 35 oder 40 Jahren, daß die leibliche Gebrechlichkeit, die körperliche Gebrechlichkeit eben einsetzt, und bei 35 Jahren geht es abwärts bei jedem. Und dann ist nur die Frage: Geht die geistige Be-

weglichkeit genau auch abwärts, oder muß man sich da selber in Bewegung bringen, und wie kriegt man das hin?

Und so halte ich es eben für richtig, daß in der Ausbildung auch darauf eingegangen wird und daß es in der Ausbildung auch angesprochen ist, daß die Mitarbeiter handwerkliche Anleitungen geben können, Verständnis haben, daß alte Menschen sich betätigen möchten, vielleicht sogar etwas herstellen, etwas tun für andere, um dann auch zu erleben, daß andere für einen selber was tun, also daß da eine innere Haltung reinkommen und nicht nur, wie man die Körperpflege macht“ (P 23/57).

Hiervon ausgehend hielt er „die Altenpflege für viel schwerer und für viel bedeutsamer noch als Krankenpflege“ (P 23/56) und eine Ausbildung für erforderlich, in der ein Verständnis „für Lebensrhythmen, die leiblichen Vorgänge, seelischen Vorgänge, geistigen Vorgänge“ (P 23/63) vermittelt werden:

„Ein Verständnis für das Menschendasein, ein Verständnis dafür, daß ein Mensch geboren wird und daß er sterben darf, aber daß er, wenn er stirbt, eben seinen Körper ablegt, und daß bis dahin der Menschentwicklungsfähig ist und Wahrnehmungen hat, auch wenn er verwirrt ist. Es ist schwer; ich habe es aber selber mitgemacht, es geht. Bloß, ich weiß nicht, wenn da 10, 15, 20 Menschen so sind, die verwirrt sind, die gebrechlich sind, die inkontinent sind, und dann in dem anderen eben noch diese geistige Würde zu erkennen, das ist sicher schwer. Und deswegen muß man das trainieren, meine ich. Und deswegen dieses Geben und Nehmen, immer wieder sagen: Jetzt ist die Wolke vor der Sonne, jetzt kommt es nicht durch“ (P 23/68).

Der Zeuge sprach in diesem Zusammenhang davon, „das Bild vom Altwerden vom Menschen, das Bild vom Leiden zu entwickeln“ (P 23/54), und hob deren Bedeutung insbesondere für die Sterbebegleitung hervor:

„Das ist eine ganz andere Qualität, wenn ich jemanden in den Tod begleite und dann hinterher das eine und das andere im Bewußtsein habe, einmal, daß ich sage, jetzt trennt sich das Seelisch-geistige vom Körperlichen. Das ist kein Totenkult, das ist ein Ernstnehmen der Tatsachen. Und da, meine ich, braucht man die Hilfen. Da braucht man die Hilfen in der Ausbildung, daß man sich fragt, was ist es denn. Das ist jetzt nicht nur religiös gedacht; das meine ich überhaupt nicht. Wenn Sie es religiös nehmen, der Islam erkennt auch an, daß der Mensch ein Geistwesen ist. Aber ich weiß nicht, ob man sagen kann, der Mensch ist kein Geistwesen, mit dem Tod ist alles zu Ende. Das kann man auch. Aber wie man dann damit leben kann, das weiß ich dann nicht, jedenfalls nicht in der Altenpflege“ (P 23/67).

Während der Zeuge Harmening lediglich davon sprach, daß die Ausbildungsinhalte der Altenpflegeausbildung „anders als in der Krankenpflege“ (P 23/57) sein müßten, meinte der Zeuge Dr. Hummel:

„Die Mitarbeiter brauchen eine Durchmischung der Kompetenzen, übrigens auch eine Durchmischung der Altersgruppen“

und plädierte für

„eine Ausstattungsqualität an fachkundigen Mitarbeitern verschiedener Prägung, so daß dadurch im fachlichen Team überhaupt angemessen gepflegt werden kann“ (P 20/12).

#### d) Altenpflegehelferausbildung

Im Rahmen der zweistufigen Altenpflegeausbildung wird das erste Schuljahr mit der Prüfung zur „Staatlich geprüften Altenpflegerin“ abgeschlossen (vgl. GABl. 1989, S. 1225).

Diese Ausbildung zum Altenpflegehelfer/zur Altenpflegehelferin geht im wesentlichen zurück auf einen Schulversuch, der als eine dreijährige Ausbildung konzipiert war:

„Da ist vorgesehen, daß die einjährige hauswirtschaftliche Berufsfachschule besucht wird, im zweiten Jahr ein gelenktes Praktikum von einem Jahr, das im Bereich der Altenhilfe stattfindet, und drittens eine anschließende einjährige Ausbildung an der Berufsfachschule für Haus- und Altenpflegehilfe“ (Zeuge Degenhart, P 24/65).

Zu den Erfahrungen erklärte der Zeuge Degenhart namens der Landesregierung bei der Beweisaufnahme am 4. Mai 1990:

„Die Ausbildungsinhalte haben sich nach unserer Einschätzung grundsätzlich bewährt“ (P 24/66).

Konkret berichtete der Zeuge Gutmann, daß „aufgrund des niedrigen Ausbildungsniveaus . . . zirka 80 % der Schüler, die an der Berta-von-Suttner-Schule in Ettlingen diese Ausbildung durchlaufen haben, dann die Weiterbildung zum Altenpfleger gemacht haben“ (P 23/74).

Aus der Sicht der Gewerkschaft ÖTV ist die Ausbildung zum Altenpflegehelfer „ungeeignet, sie jetzt einem breiten Zugang von Erstauszubildenden zu öffnen“ (Zeuge Badziong, P 22/104).

In erster Linie sah der Zeuge Badziong darin ein Qualifizierungsangebot für bislang ungelernete Altenpflegekräfte:

„Ich denke, diejenigen, die heute ungelernete in der Altenpflegehilfe sind, sollen natürlich diese Chance haben, selbstverständlich. Auch wenn sie nur diese Fortbildung zur Altenpflegehilfe machen, ist das gegenüber dem jetzigen Status – ungelernete oder angelernt – auch schon eine entsprechende Qualifikationsstufe. Ich könnte mir auch vorstellen, daß man gerade im Bereich von umzuschulenden Menschen, die zukünftig in der Altenpflege tätig sein wollen, noch einmal unterscheiden muß, ob es da überall den Zugang jetzt zur examinierten Altenpflegekraft geben will oder ob es nicht vielleicht ein Potential von Menschen gibt, die sagen: so eine massive Ausbildung wollen wir nicht mehr machen; wir haben nur noch 10 Jahre, die wir arbeiten, aber wir wollen zumindest in diesem Beruf noch etwas tun!“ (P 22/104).

#### e) Altenpflegeschulen

##### aa) Bestand

Im Schuljahr 1989/90 wurden insgesamt 30 öffentliche Berufsfachschulen für Altenpflege mit insgesamt 40 Klassen und 767 Schülern sowie 58 Schulen in freier Trägerschaft betrieben.

##### bb) Entwicklung

Nach Angaben SM ist „vorgesehen, die Zahl der Schulen und die Zahl der Ausbildungsplätze weiter wesentlich zu erhöhen, um ein wohnortnahes Ausbildungsangebot zu erreichen und um den ständig steigenden Bedarf an Pflegekräften in der Altenpflege befriedigen zu können“ (Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 4 f.).

Hierzu erklärte der Zeuge Degenhart namens der Landesregierung bei der Beweisaufnahme am 4. Mai 1990:

„. . . Prognostiziert wird, daß wir in etwa 2 bis 3 Jahren einen Bedarf von 5 500 ausgebildeten Altenpflegern haben und bis zum Jahr 2000 etwa 9 000 hinzufügen, daß wir schon glauben, daß es noch weiteren Bedarf an Ausbildungsstätten gibt. Aber wir machen das natürlich ab-



hängig von der örtlichen Prüfung und dem entsprechenden Antrag durch den jeweiligen Schulträger“ (P 24/64).

Vor der Errichtung weiterer Altenpflegeschulen bedarf es einer Abstimmung mit den privaten Schulträgern, wofür im Zuge der Neuordnung der Altenpflegeausbildung ein Koordinierungsausschuß gebildet wurde.

Der Zeuge King bestätigte bei der Beweisaufnahme am 11. Mai 1990, daß weitere Altenpflegeschulen – jedoch bei gleichzeitiger Reduzierung bestehender Schulen – errichtet werden sollen:

„Das heißt, daß bestehende Schulen enorme Probleme bekommen haben durch die Einrichtung der Berufsfachschulen, ihre Kurse überhaupt noch ausreichend zu besetzen, wie es die neue Ausbildungsverordnung vorsieht, nämlich mit 16 Personen pro Kurs. Es gibt Träger mit 8 oder 9 Personen pro Kurs. Sie fallen damit aus jeder Förderung heraus, müssen aber auch einen Kurs mit 8 Personen durchziehen, um überhaupt für den Berufsstand ausgebildetes Personal zu bekommen“ (P 25/112).

#### cc) Finanzierung

Im Rahmen der Förderung von Altenpflegeschulen durch das Land werden den Schulen Betriebskostenzuschüsse bewilligt, wobei sich die Bemessung des Zuschusses je nach Schulträgerschaft unterschiedlich gestaltet.

##### (1) Schulen in öffentlicher Trägerschaft

Entsprechend den anderen öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg hat das Land die persönlichen Kosten für die im Dienst stehenden Lehrer zu tragen und die Schulträger nach § 15 des Finanzausgleichsgesetzes (FAG) die sächlichen Kosten. Die kommunalen Schulträger erhalten hierbei im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs einen Beitrag zu den laufenden sächlichen Schulkosten (sogenannter Sachkostenbeitrag). Dessen Höhe wird gemäß § 17 FAG „so bestimmt, daß ein angemessener Ausgleich der laufenden sächlichen Schulkosten geschaffen wird“. Der Sachkostenbeitrag betrug im Schuljahr 1989/90 für den Schüler einer Berufsfachschule in Vollzeitform 1 787 DM pro Jahr, bei Berufsfachschulen in Teilzeitform – wovon bei der Altenpflegeschule auszugehen ist – 665 DM pro Jahr.

##### (2) Schulen in freier Trägerschaft

Bis zum Schuljahr 1987/88 waren die Träger von Altenpflegeschulen trotz gewährter Landeszuschüsse auf die Erhebung von Schulgeldern angewiesen. Durch eine entsprechende Erhöhung der Landesförderung konnte vom genannten Zeitpunkt für Selbstzahler an den Altenpflegeschulen Schulgeldfreiheit eingeführt werden. An weiteren Kosten für selbstzahlende Schüler zum Beispiel für Lernmittel, Prüfungsgebühren, Arbeitskleidung war von der Konferenz der Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg ein durchschnittlicher Betrag von etwa 800 bis 850 DM für die Dauer der Ausbildung ermittelt worden.

Seit der Neuordnung der Altenpflegeausbildung und der Verlängerung der Ausbildung auf 3 Jahre übernimmt das Land nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 12) pauschal die Kosten, die im Rahmen des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts und im Rahmen der von der Schule zu übernehmenden Praxisanleitung entstehen. Zusätzlich erstattet das Land den Trägern auch Sachkosten. Der Pauschbetrag beläuft sich je Klasse und Jahr auf 56 500 DM für Personalkosten und 17 000 DM für Sachkosten, zusammen auf 73 500 DM.

Der Zeuge Degenhart ging bei der Beweisaufnahme am 4. Mai 1990 davon aus, daß dieser Zuschuß „praktisch kostendeckend ist, so daß auch in diesem Bereich die Schulgeldfreiheit sichergestellt ist“ (P 24/65).

Dagegen erklärte der Zeuge King bei der Beweisaufnahme am 11. Mai 1990:

„Ich darf betonen, daß 73 500 DM pro Jahr für eine Schule viel zu wenig ist. Damit sind in der Regel nicht einmal die Personalkosten abgedeckt. Diesbezüglich gibt es aber auch einen Schriftwechsel von der LAG zum Sozialministerium, in dem Gegenvorschläge inklusive einer differenzierten Aufstellung dem Sozialministerium mitgeteilt wurden“ (P 25/113).

Mit der vom Zeugen King angesprochenen Eingabe an das Sozialministerium aus dem Jahre 1989 beantragte die „Konferenz der Altenpflegesschulen in Baden-Württemberg“ (Anlage 5 zu P 25) auf der Basis einer Repräsentativumfrage unter den in der Konferenz zusammengeschlossenen Altenpflegesschulen die Zuschußpauschale je Klasse und Jahr zu erhöhen auf 112 770 DM für Personalkosten, auf 17 000 DM/27 000 DM/37 500 DM je nach Kosten des Schulgebäudes und auf 29 233 DM für Lehr- und Lernmittel, Verwaltungskosten, Erstattungen (Fahrtkosten, Tagegeld u. a.) sowie Exkursionen, Seminare, Fortbildungen, zusammen auf 159 003/169 003/179 503 DM.

Dieses Erhöhungsverlangen wurde im wesentlichen mit der Forderung begründet, „die für die Schulen für Krankenpflege vom Sozialministerium geforderte Personalausstattung auch für die Fachschulen für Altenpflegesschulen zu gewähren, (Anm.: was) zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlich ist“ (S. 3 der Anlage 5 zu P 25). Des weiteren wurde die Gefahr angesprochen, daß „eine Unterdeckung der Schulhaushalte zwangsläufig zu einem Wiederaufleben der Schulgelderhebung führte“ (S. 1 der Anlage 5 zu P 25).

Zum Landeszuschuß in Höhe von 73 500 DM gab der Zeuge Roos bei der Beweisaufnahme am 18. Oktober 1989 an, daß damit ein Kostenbeitrag von 39 bis 50 % erreicht wird:

„Das heißt, wir müssen doch immer noch relativ viel hineinstecken. Die württembergische Landeskirche zahlt zur Zeit 2 200 DM pro Schüler und Jahr durch einen Ausbildungsfonds, der aus Kirchensteuermitteln gespeist ist und insgesamt – Aus- und Fortbildung – 3,5 Millionen DM beträgt“ (P 17/63).

## 5. Einsatz von Zivildienstleistenden in der ambulanten und stationären Altenhilfe

### a) Anzahl der Zivildienstleistenden

Zivildienstleistende sind eine wichtige personelle Stütze im ambulanten und stationären pflegerischen Bereich. Zu Beginn des Jahres 1989 waren in Baden-Württemberg bei den Sozialstationen und den mobilen sozialen Diensten der Verbände der freien Wohlfahrtspflege rund 1 850 und in der stationären Altenpflege rund 1 750 Zivildienstleistende eingesetzt.

Angaben über deren zahlenmäßige Verteilung auf die einzelnen Ligaverbände lagen dem Untersuchungsausschuß mit Ausnahme zum Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V. nicht vor.

Von insgesamt zirka 2 000 Zivildienstplätzen im Verband des Diakonischen Werkes Württemberg entfielen zum Zeitpunkt der Beweisaufnahme am 18. Oktober 1989 600 auf die stationäre und ambulante Altenhilfe.

Zum Anteil am Personal des Diakonischen Werkes Württemberg erklärte der Zeuge Roos:

„Die Zivildienstleistenden stellen einen Anteil am Personal, hochgerechnet auf Vollzeitstellen, von 10,5 % in den stationären Altenhei-

men; in der ambulanten Arbeit, in den ambulanten Pflegediensten 12,1 %, also gar keine so ganz zu vernachlässigende Größe“ (P 17/63).

#### b) Aufgaben

Hierzu schreibt das SM in seiner Stellungnahme vom 28. März 1989:

„Zivildienstleistende im stationären Bereich unterstützen das ausgebildete Personal bei allen anfallenden Tätigkeiten, soweit diese nicht examinierten Kräften vorbehalten sind; sie werden hierzu von den Fachkräften angeleitet, ihr Einsatz wird auch von diesen Fachkräften geleitet und überwacht. Die Zivildienstleistenden werden daneben auch mit handwerklichen oder Hausmeistertätigkeiten beschäftigt. Im Bereich der mobilen sozialen Dienste werden Zivildienstleistende vor allem bei Einkaufs- und Putzdiensten, Transportdiensten und Mahlzeitendiensten eingesetzt. So wird ‚Essen auf Rädern‘ fast ausschließlich mit Zivildienstleistenden organisiert“ (S. 16).

Für den Bereich des Diakonischen Werkes Württemberg präzisierte der Zeuge Roos die tatsächlichen Tätigkeitsfelder der Zivildienstleistenden:

„Die Tätigkeitsfelder sind in den stationären Einrichtungen zu 68 % in der Pflege unmittelbar am Bett . . . In der ambulanten Arbeit sind 43,9 % in den mobilen Hilfsdiensten eingesetzt, 26 % direkt in der Haus- und Familienpflege und 22,3 % in der Krankenpflege. Auch immerhin, noch in der ambulanten Station, doch 22 % unmittelbar am Bett in der Krankenpflege“ (P 17/64).

#### c) Schulung der Zivildienstleistenden

Nach den Bestimmungen des Zivildienstgesetzes vom 31. Juli 1986 (BGBl. I, S. 1205) werden die Dienstleistenden zu Beginn ihres Dienstes in Lehrgängen und anderem in die für sie vorgesehene Tätigkeit eingeführt, soweit dies erforderlich ist. Diese fachspezifischen Einführungslehrgänge werden auch von den Wohlfahrtsverbänden angeboten.

Nach Angaben des Zeugen Roos nehmen 50 % der beim Diakonischen Werk Württemberg beschäftigten Zivildienstleistenden an zentralen Einführungskursen teil:

„Wir wollen diese Zahl jetzt erhöhen. Wir haben 2 weitere Mitarbeiter auf eigene Rechnung eingestellt.“

Das Diakonische Werk hat im letzten Jahr 243 700 DM an Abmangel für die Betreuung der Zivildienstleistenden selbst getragen.“

bekundete der Zeuge Roos bei der Beweisaufnahme am 18. Oktober 1989 (P 17/66).

#### d) Erfahrungen

Die Beweisaufnahme ergab überwiegend positive Erfahrungen mit dem Einsatz Zivildienstleistender in der Altenhilfe.

Diesbezüglich hob der Zeuge Roos für das Diakonische Werk Württemberg hervor:

„Wir hatten – das kann ich nur einfügen – früher nicht, kaum gewagt zu denken, daß Zivildienstleistende unmittelbar in der Pflege alter Menschen eingesetzt werden können. Aber das ging. Wir trauten uns am Anfang kaum, nur zögernd, das zu tun, aber die alten Menschen haben das angenommen“ (P 17/63).

Der Zeuge Dr. Rieder bekundete für den Caritasverband für Württemberg e. V.:

„Das mit den Zivis ist wirklich eine gute Sache, bei allen auch einzelnen Problemlagen. Es gab einen schönen Prospekt, wo ein altgewordener Mensch gesagt hat: ‚An meine Haut darf nur der Arzt und der Zivi‘.

Im ersten Teil ist es so, daß ich Zivildienstleistende erlebe, die wirklich staunenswerte Vertrauensbeziehungen zu ganz schwierigen alten Menschen entwickeln. Ich habe jetzt wieder erfahren, daß da der eine oder andere diesen Beruf auch erwählt.

Aber das Gros ist es bestimmt nicht, und zwar deshalb nicht, weil die Zivildienstleistenden, jedenfalls seither, signifikant aus höheren Ausbildungsgängen kommen: Abiturienten und so, die dann einfach, wie sie meinen, unter Wert in diesem Beruf sind“ (P 11/27).

Auf die Frage nach dem Einsatz von Zivildienstleistenden bei der Sterbegleitung in Heimen erklärte der Zeuge Roos:

„... Für sie stellt diese Erfahrung eine wichtige Lebenserfahrung dar. Trotzdem meine ich nicht, daß man sie prinzipiell da einsetzen könnte“ (P 8/99).

Soweit junge Menschen dennoch eingesetzt wurden, seien sie in der Regel daran „auch enorm gewachsen... Unser Anliegen ist es, daß die Einsatzleitungen der Zivildienstleistenden in den Einrichtungen dafür sorgen, daß die jungen Leute eine Gesprächsebene haben, wo sie das verarbeiten können“, betonte der Zeuge (a. a. O.).

#### e) Arbeitsbedingungen

Angaben hierzu lagen dem Untersuchungsausschuß lediglich für den Bereich des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V. vor:

„Überall wird bei den jungen Leuten berichtet – das waren anonyme Berichte –, daß die Drucksituation überall gleich wie bei den Hauptamtlichen artikuliert wird. Zu wenig Zeit, zu große Hetze, immer hinterher springen von einem Bett zum anderen,“ bekundete der Zeuge Roos (P 17/65).

Der Zeuge berichtete davon, daß die Zivildienstleistenden die Arbeitsbedingungen in den stationären und in den ambulanten Einrichtungen unterschiedlich beurteilen:

„Die mangelnde Einführung beklagen in stationären Einrichtungen 26,7 % und in ambulanten Einrichtungen 41,3 %. Das ist auch sehr überraschend für uns gewesen. Also offenbar fehlt es in den Diakoniestationen an dem Personal, das eine Einführung vor Ort gut machen kann. Die Belastung aber, die psychische Belastung wird bei der stationären Einrichtung als größer beschrieben als in den ambulanten Diensten“ (a. a. O.).

Weiter gab der Zeuge an, daß eine Befragung von Zivildienstleistenden ergeben habe, „daß nur 4,8 % über ausgesprochen unangenehme, schlechte Erfahrungen berichtet haben. Sonst, abgesehen von der Drucksituation, machte ihnen die Arbeit Spaß, Freude und Befriedigung. Dies ist eigentlich ein sehr positives Ergebnis, was mich persönlich auch überrascht hat“ (P 17/65).

## VIII. Änderung der Bevölkerungsstruktur, finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter

(Ziffer D. XI. des Untersuchungsauftrags)

### 1. Entwicklung der Gesamtbevölkerung

In der Bevölkerungsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg lassen sich (vgl. Cornelius, Bevölkerungsentwicklung, S. 12 ff.) zwei entgegengesetzte Phasenverläufe erkennen. Zwischen 1950 und 1973 nahm die Zahl der Menschen im Bundesgebiet von 49,6 Millionen jährlich im Durchschnitt um etwa 1 % auf 62,1 Millionen zu. Danach setzte eine Phase des Bevölkerungsrückgangs ein, die aufgrund einer durchschnittlichen Abnahme der Bevölkerungszahl zwischen 1974 und 1985 um etwa 0,2 % pro Jahr zu einem Bevölkerungsstand am Jahresende 1986 von 61,1 Millionen Menschen geführt hat. Diese Entwicklung „Von der Pyramide zum Pilz“ wird sich nach allen Bevölkerungsvorausrechnungen auch längerfristig – zumindest in der deutschen Bevölkerung – fortsetzen und nach der Jahrhundertwende sogar in verstärktem Maße.

Dieser umfassende Alterungsprozeß in der Bundesrepublik Deutschland wird im folgenden Szenario einer auf drei aktuellen Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes (Stand 10. Februar 1987) basierenden Bevölkerungsentwicklung anschaulich (Bundesminister des Innern (Hrsg.), Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, Aktualisierte Fassung, Bonn 1987). Diese Modellrechnungen, deren Ergebnisse ausschließlich unter den jeweils zugrunde gelegten Prämissen Geltung beanspruchen, wurden auf der Grundlage alternativer, relativ weit auseinanderliegender Prämissen erstellt, um so eine Bandbreite der wahrscheinlichen Entwicklung angeben zu können.

Einer oberen (sog. „optimistischen“) Modellvariante liegen folgende Annahmen zugrunde: Ausgehend vom Geburtenniveau des Jahres 1984 steigt die Geburtenhäufigkeit bis zum Jahr 1997 insgesamt um 23 % und bleibt danach unverändert auf diesem Niveau. Gleichzeitig wird bis zum Jahr 2009 von Zuwanderungsüberschüssen von jährlich 55 000 Ausländern ausgegangen; ab 2010 wird dann ein ausgeglichener Wanderungssaldo unterstellt.

Einer unteren (sog. „pessimistischen“) Modellvariante sind dagegen folgende Annahmen zugrunde gelegt: Ausgehend vom Geburtenniveau des Jahres 1984 wird eine bis zum Jahr 1995 um insgesamt 16 % rückläufige Geburtenhäufigkeit angenommen; danach bleibt das Geburtenniveau unverändert. Für die Jahre 1986 bis 1990 werden Abwanderungsüberschüsse von jährlich 40 000 und für 1991 bis 1999 von jährlich 25 000 Ausländern unterstellt; vom Jahr 2000 an wird von einem ausgeglichenen Wanderungssaldo ausgegangen.

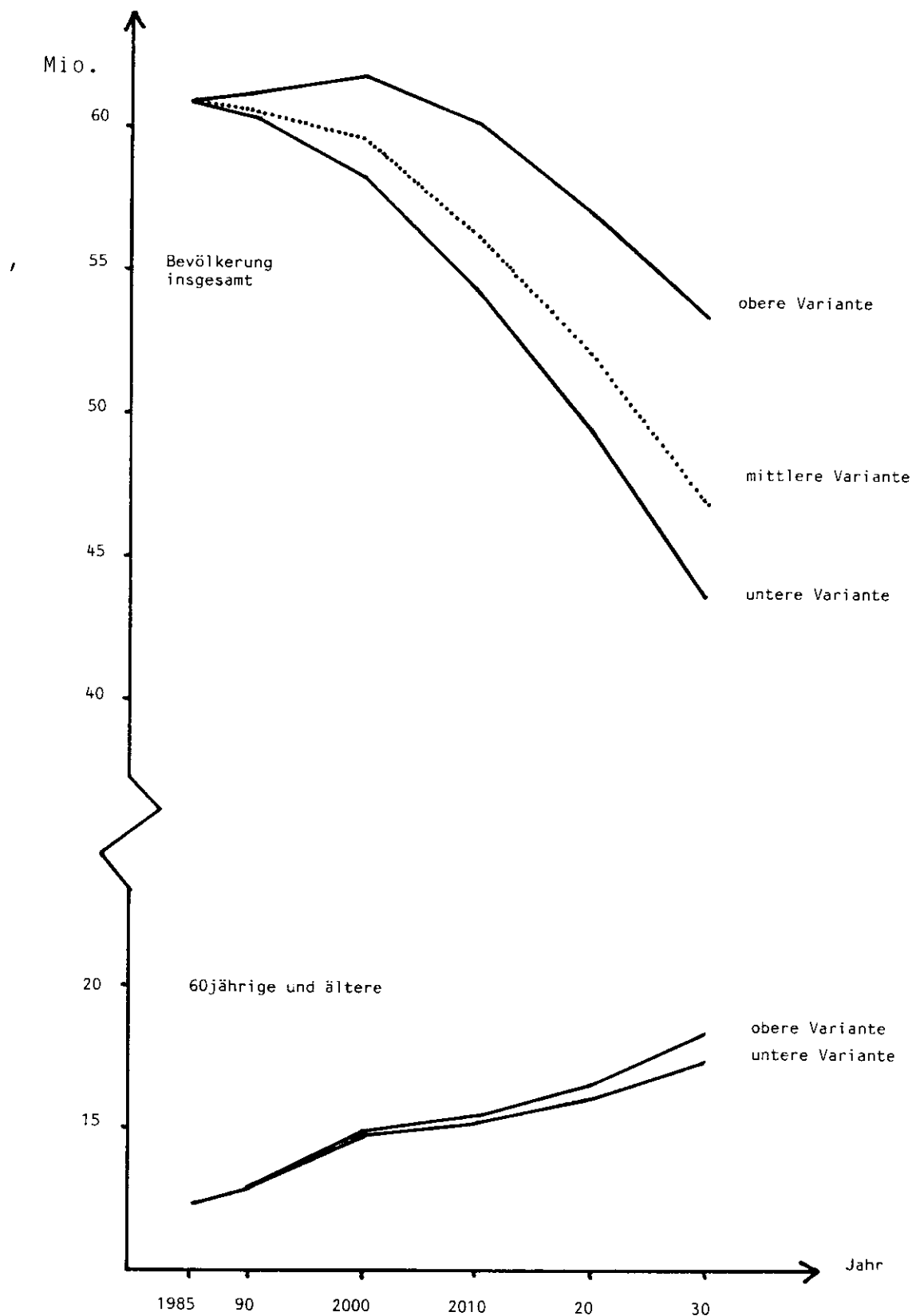
Die untere und obere Modellvariante beschreiben eine Bandbreite um die mittlere (sog. Status-quo-)Modellrechnung, der für den gesamten Vorausrrechnungszeitraum die Geburtenhäufigkeiten des Jahres 1984 sowie ein jährlich ausgeglichener Wanderungssaldo zugrunde gelegt sind.

Hinsichtlich der Sterblichkeitsentwicklung wird in allen drei Modellvarianten eine Fortsetzung des rückläufigen Trends so lange angenommen, bis die altersspezifischen Sterbeziffern das bereits heute in skandinavischen Ländern übliche Niveau erreicht haben. Die Lebenserwartung männlicher Neugeborener würde sich danach von 70,8 Jahren im Zeitraum 1982/84 bis 1995 auf 73,4 Jahre, die der weiblichen Neugeborenen von 77,5 Jahren auf 79,8 Jahre erhöhen.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser drei Modellvarianten, so zeigt sich, daß sogar bei unterschiedlichen Prämissen der Vorausrrechnung hinsichtlich Geburtenhäufigkeit und Wanderungssaldo sowohl die Bevölkerungs-

Schaubild:

Alternative Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes zur künftigen Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland



zahl insgesamt als auch die Zahl der älteren Menschen in der Bundesrepublik Deutschland die gleichen Entwicklungstendenzen aufweisen (siehe obiges Schaubild).

Diese Entwicklungstendenzen ergeben sich weitgehend auch dann, wenn angesichts der veränderten politischen Lage in Mittel- und Osteuropa szenarisch die Zuwanderung von 1,8 bis 2,3 Millionen Aus- und Übersiedler bis zum Jahresende 2000 angenommen wird (so Dt. Institut für Wirtschaftsforschung – DIW –, Wochenbericht 8/90, S. 96). Mit dieser Prämisse hat das DIW Anfang 1990 eine Gesamtbevölkerung für das Jahr 2000 von 66 bis 67 Millionen vorausberechnet, die sich im darauffolgenden Zehnjahreszeitraum nur leicht vermindern wird (a. a. O., S. 100). Nach dieser Vorausrechnung wird es erst nach dem Jahr 2010 zu einem beschleunigten Bevölkerungsrückgang kommen. Für das Jahr 2020 liegen die Ergebnisse für das Bundesgebiet zwischen 61 und 63 Millionen und für das Jahr 2040 zwischen 52 und 55 Millionen. Gleichwohl kommt das DIW (a. a. O., S. 101) in seiner Vorausrechnung zu einem Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung, der lediglich um 1 bis 2 Prozentpunkten nach unten hin von der vom Statistischen Bundesamt errechneten Quote (siehe hierzu: Darstellung unter VIII. 2. a) abweicht.

## 2. Entwicklung der älteren Bevölkerung

Auf der Basis der mittleren Modellvariante des Statistischen Bundesamtes (vgl. oben unter VIII. 1.) wird mit folgender Entwicklung gerechnet:

### a) Bundesrepublik Deutschland

Stichtag	Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		60–65	65–70	70–80	80 und mehr
– in Tausend –					
1. Januar 1990	13 076	3 453	3 099	4 075	2 449
1. Januar 2000	15 087	4 420	3 232	5 018	2 416
1. Januar 2010	15 649	3 669	3 342	5 818	2 821
1. Januar 2020	16 736	4 339	3 612	5 376	3 409

	in % der jeweiligen Gesamtbevölkerung				
1. Januar 1990	21	6	5	7	4
1. Januar 2000	25	7	5	8	4
1. Januar 2010	27	6	6	10	5
1. Januar 2020	32	8	7	10	6

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

## b) Baden-Württemberg

Stichtag	Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren	davon im Alter von . . . bis unter . . . Jahren			
		60–65	65–70	70–80	80 u. mehr
– in Tausend –					
1. Januar 1985	1 753,3	482,3	288,0	711,6	271,4
1. Januar 1990	1 842,0	496,0	445,0	573,0	328,0
1. Januar 2000	2 120,0	641,0	468,0	714,0	297,0
1. Januar 2010	2 276,0	508,0	555,0	847,0	366,0
1. Januar 2020	2 419,0	635,0	537,0	800,0	447,0

	in % der jeweiligen Gesamtbevölkerung				
1. Januar 1985	19,0	5,2	3,1	7,7	2,9
1. Januar 1990	20,0	5,0	5,0	6,0	4,0
1. Januar 2000	23,0	7,0	5,0	8,0	3,0
1. Januar 2010	26,0	6,0	6,0	10,0	4,0
1. Januar 2020	30,0	8,0	7,0	10,0	6,0

(Quelle: Gröner, Baden-Württemberg in Wort und Zahl)

Die Ergebnisse der Modellrechnung zeigen – bei insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahl – einen Zuwachs der Anzahl der 60 Jahre und älteren Menschen von 1,75 Millionen (1985) auf 2,42 Millionen (2020); die absolute Zahl der 60 Jahre und älteren Menschen wird in diesem Zeitraum also um 38 % zunehmen. Innerhalb der einzelnen Altersgruppen der älteren Bevölkerung wird sich die bereits heute feststellbare Verschiebung hin zu immer älteren Altersgruppen noch weiter verstärken (sog. „doppeltes Altern“ der Gesellschaft). Die Hochbetagten (80jährige und ältere) werden nach dieser Modellrechnung ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich überproportional (1985) 2,9 % auf rund 6 % im Jahr 2020 steigern. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies einen Zuwachs bei den 80jährigen und älteren von 271 400 auf 447 000 Personen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß nach der mittleren Modellvariante die Anteile der jüngeren (unter 20 . . .) an der Gesamtbevölkerung von 24 % (1985) auf etwa 15 % (2020) und der 20 bis 60jährigen von 57 % (1985) auf rund 55 % (2020) zurückgehen werden, während sich der Anteil der 60jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung von 19 % (1985) auf rund 30 % (2020) erhöhen wird.

Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Wingen (P 24/4) könnte der vor allem längerfristig bereits heute vorprogrammierte Alterungsprozeß auch der baden-württembergischen Bevölkerung durch vorübergehend stärkere Zuwanderungen meist jüngerer Personen (z. B. Aus- und Übersiedler, Ausländer) zwar zeitlich etwas hinausgeschoben, aber in der Grundtendenz nicht verändert werden.



c) Im europäischen Ausland sind in nahezu allen Ländern tendenziell ähnliche Entwicklungsverläufe zu beobachten. Länderspezifische Unterschiede finden sich im zeitlichen Ablauf einzelner Entwicklungsphasen und in der graduellen Ausprägung der entsprechenden demographischen Vorgänge. Nach einer von den Vereinten Nationen erstellten Modellrechnung ist zu erwarten, daß in der Bundesrepublik Deutschland auch künftig prozentual mehr ältere Menschen leben, als in den anderen Ländern Europas. Die für die einzelnen Staaten vorausberechnete künftige Entwicklung der Altersstruktur ist im Bericht der Kommission „Altern als Chance und Herausforderung“ auf Seite 27 wiedergegeben.

Von besonderer Bedeutung für die Altenhilfe ist der im Vergleich zum europäischen Ausland außergewöhnlich hohe Rückgang des sogenannten Töchterpflegepotentials in der Bundesrepublik Deutschland bis Ende der 70er Jahre:

„Deutschland war vor 60, 70 Jahren ein extrem junges Land. Es gab sehr, sehr viele junge Menschen im Verhältnis zu wenig alten Menschen. Seinerzeit entfielen auf einen über 75jährigen 75 Menschen, die jünger waren als 75 Jahre; heute sind es nur etwa 12 . . . Diese Frauen der geburtenstarken Jahrgänge bis 1914 waren bis in die 70er Jahre hinein in der Lage, ihre alten Eltern zu pflegen“ (P 25/88),

beschrieb der Sachverständige Dr. Rückert die Entwicklung in Deutschland.

Im Unterschied hierzu konnten andere europäische Länder wie beispielsweise Holland oder die skandinavischen Länder nicht so lange auf ein so großes Töchterpflegepotential bauen. Deshalb waren diese Länder „eher gezwungen, das sogenannte formale Hilfesystem auszubauen“ (Sachverständiger Dr. Rückert, P 25/89).

### 3. Entwicklung des Frauenanteils

In Baden-Württemberg besteht ebenso wie in der gesamten Bundesrepublik Deutschland aufgrund der im Vergleich zu Männern generell höheren Lebenserwartung ein sogenannter demographischer Überhang der Frauen. Gegenwärtig ist die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen zum Zeitpunkt ihrer Geburt um 6 bis 7 Jahre höher als die der Männer. Bei den Männern werden nun Altersgruppen nachwachsen, die in ihrer Lebensbiographie im Vergleich zu vorangegangenen Altersjahrgängen günstigere Lebensbedingungen aufweisen (z. B. keine gesundheitliche Beeinträchtigung durch Kriegereignisse). Für die Zukunft kann hieraus mit großer Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden, daß die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu derjenigen der Frauen stärker ansteigen wird. Das heute zu beobachtende deutliche zahlenmäßige Übergewicht der Frauen in den hohen Altersgruppen wird sich nach Voraussrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mittel- und längerfristig etwas verringern. „Gleichwohl bleibt auch künftig der Frauenanteil in der älteren Bevölkerung deutlich über den Anteilen der Frauen in den jüngeren Altersgruppen“ (Sachverständiger Dr. Wingen, P 24/5a):

## Baden-Württemberg

Stichtag	Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren	davon im Alter von . . . bis unter . . . Jahren			
		60–65	65–70	70–80	80 und mehr
in % der jeweiligen Gesamtbevölkerung					
1. Januar 1990	62	53	62	66	70
1. Januar 2000	58	51	52	61	73
1. Januar 2010	56	51	52	55	68
1. Januar 2020	55	51	53	55	62

Auf Bundesebene wird allenfalls mit geringfügigen Abweichungen (jeweils  $\pm 1\%$ ) gegenüber dem Landestrend gerechnet. Dagegen zeichnet sich für die europäischen Länder ein insoweit uneinheitliches Bild ab.

## 4. Entwicklung des Ausländeranteils

## a) im Bundesgebiet

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen aktuelle Vorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes vor. Diese basieren auf mehreren Modellvarianten, die sich durch ihre jeweiligen Annahmen zum Wanderungsverhalten unterscheiden. Eine obere und eine untere Variante stellen die erwartete Bandbreite des Ausländeranteils an der jeweiligen Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland dar:

Jahr	Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung		davon im Alter von 60 und mehr Jahren	
	obere Variante	untere Variante	obere Variante	untere Variante
	%	%	%	%
1990	7,9	7,3	2,3	2,2
2000	9,4	7,2	4,5	3,8
2010	11,2	7,5	7,3	6,0
2020	12,2	7,7	10,7	7,3
2030	12,8	7,7	11,8	6,8

Ältere Ausländer gibt es nach Angaben des Sachverständigen Dr. Rückert

„unter den Franzosen, Österreichern und Schweizern, und auch bei denjenigen, die zuerst zu uns gekommen sind, nämlich unter den Spaniern und den Italienern. Aber bei den Türken beispielsweise, die zuletzt gekommen sind, gibt es erst sehr wenige, die über 60 Jahre und älter sind“ (P 25/84).

Zur geschlechtsspezifischen Verteilung der Ausländerbevölkerung bekundete der Sachverständige Dr. Rückert:

„Unter der ausländischen Bevölkerung gibt es zur Zeit noch einen starken Männerüberschuß. Von den 4,3 Millionen derzeit in der Bun-

desrepublik lebenden Ausländern sind 2,4 Millionen Männer und nur 1,9 Millionen Frauen – also ein sehr starker Männerüberschuß. Das Verhältnis wird sich aber im Jahre 2000 schon fast ausgeglichen haben, und im Jahre 2040 wird die Zahl der Frauen unter den Ausländern deutlich über der Zahl der Männer liegen (Anm.: Quelle = DIW, Wochenbericht 8/90, S. 99). Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist ja im Bereich der Altenhilfe von besonderer Bedeutung“ (P 25/85).

#### b) in Baden-Württemberg

Nach den Ergebnissen der Volkszählungen 1970 und 1987 ist der Anteil der Ausländer an der baden-württembergischen Bevölkerung seit 1970 von rund 7 % auf etwa 9 % im Jahre 1987 angestiegen. Damit weist Baden-Württemberg unter den Flächenländern des Bundesgebietes den höchsten Ausländeranteil auf.

Hinsichtlich der künftigen Entwicklung der ausländischen Bevölkerung liegen nach Angaben des Sachverständigen Dr. Wingen „gegenwärtig keine soliden Vorausrechnungen“ vor (P 24/7; ebenso: SM, Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 22).

Dennoch gab der Sachverständige Dr. Wingen (P 24/8 f.) bei der Beweisaufnahme am 4. Mai 1990 folgende Orientierungspunkte für die künftige Entwicklung an:

- Die Kinderzahl der in Baden-Württemberg lebenden Ausländerinnen liegt im Durchschnitt aller Ausländergruppen nach wie vor höher als diejenige deutscher Frauen. Allein dieses unterschiedliche Geburtenniveau würde künftig einen eher wachsenden als rückläufigen Ausländeranteil erwarten lassen. In dieselbe Richtung würde auch eine ständig wachsende Aufenthaltsdauer der Ausländer in Baden-Württemberg wirken, wie sie bereits in der Vergangenheit zu beobachten war.
- Bei einer schätzungsweisen Übertragung der bundesweiten Tendenzen (unter Beachtung der bisherigen unterschiedlichen demographischen Strukturen der Zuwanderer nach Nationalität und Alter zwischen Land und Bund) auf baden-württembergische Verhältnisse könnte der Ausländeranteil in den kommenden 30 bis 40 Jahren auf etwa 15 bis 20 % (letzteres bei anhaltend hohen Zuwanderungsgewinnen an Ausländern) ansteigen.
- Auch künftig muß für die ausländische Bevölkerung mit einem Altersungsprozeß gerechnet werden, wie er sich schon in der Vergangenheit – vor allem bedingt durch den wachsenden Anteil der Ausländer im mittleren und höheren Erwerbsalter – herausgebildet hat. Der Anteil der 65jährigen und Älteren unter den Ausländern könnte danach bundesweit vom Ende der 80er Jahre mit etwas mehr als 3 % auf 6 bis 7 % im Jahr 2000 und auf 15 bis 20 % im Jahre 2030 ansteigen. Aussagen sind hier sehr schwer zu treffen, weil der Anteil der alten Menschen in der ausländischen Bevölkerung auch vom künftigen (Rück-)Wanderungsverhalten dieser Personengruppen abhängt. Die bisherige Entwicklung läßt ein relativ ausgeprägtes Rückwanderungsverhalten erkennen; es ist jedoch offen, ob dies auch für die Zukunft gelten wird.
- Bei den Modellrechnungen ist schließlich zu berücksichtigen, daß dabei heute noch Personen als Ausländer in diese Rechnung eingehen, die unter Umständen künftig im Zuge einer fortschreitenden politischen Union der Länder der Europäischen Gemeinschaft keine „Ausländer“ mehr sind. Auch liegen die eigentlichen Reserven für Ausländerzuwanderungen gegenwärtig und in den nächsten Jahren primär außerhalb der heutigen EG, weil innerhalb der EG-Länder ähnliche demographische Entwicklungstendenzen bestehen (vgl. oben VIII. 2. c).

### 5. Regionale Bevölkerungsstrukturveränderungen

In tieferer regionaler Differenzierung weisen die Bevölkerungen in den Stadt- und Landkreisen sowie in den Gemeinden Baden-Württembergs deutliche Unterschiede in ihren Altersstrukturen auf. Gleichwohl lassen sich zum Beispiel verschiedene Gebiete mit überdurchschnittlich hohen Anteilen älterer Menschen erkennen: so etwa in vielen Gemeinden im Nordosten des Landes (Hohenlohe, Tauberland), im Schwarzwald, am Bodensee und in den Stadtkreisen des Landes (siehe Kartogramm).

Die in der Vergangenheit beobachteten und für die Zukunft zu erwartenden regionalen Strukturverschiebungen bei der älteren Bevölkerung sind im wesentlichen das Ergebnis der natürlichen Bevölkerungsentwicklung und des (Ab-)Wanderungsverhaltens jüngerer Menschen. Soweit ältere Menschen ihren Wohnsitz verändern, so bevorzugen sie ausweislich der amtlichen Wanderungstatistik vor allem Stadt- und Landkreise mit einer offenbar für sie attraktiven Infrastruktur und Wohnumgebung. Im längerfristigen Vergleich weisen vor allem Landkreise wie zum Beispiel Karlsruhe, Calw, Breisgau-Hochschwarzwald oder auch der Alb-Donau-Kreis Zuwanderungsgewinne bei den 65jährigen und Älteren auf. Abwanderungen älterer Menschen sind besonders aus den Stadtkreisen Stuttgart und Mannheim zu beobachten.

Nach aktuellen Bevölkerungsvorausrechnungen (auf der Basis der Ergebnisse der Volkszählung 1987) für verschiedene regionale Einheiten des Landes würde der Alterungsprozeß der Bevölkerung, wie er sich künftig für die baden-württembergische Bevölkerung insgesamt abzeichnet, auch die einzelnen Stadt- und Landkreise betreffen. Allerdings würden sich je nach heutiger Ausgangslage unterschiedlich starke Ausprägungen ergeben (vgl. im einzelnen: Statistische Berichte des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg vom 10. Oktober 1989): Während sich zum Beispiel in den Stadtkreisen Stuttgart, Karlsruhe und Baden-Baden der Anteil der 65jährigen und Älteren bis um die Jahrhundertwende kaum oder nur gering erhöhen würde, könnte der Anteil der älteren Menschen in Landkreisen, die heute einen unterdurchschnittlich hohen Altenanteil aufweisen wie etwa Böblingen, Esslingen oder Ludwigsburg, bis zum Jahr 2000/2005 besonders stark ansteigen.

### 6. Entwicklung der Familienstrukturen





Spezifische Modellrechnungen über künftige Veränderungen der Familienstrukturen in Baden-Württemberg liegen nicht vor, da mit der amtlichen Statistik „nur das Zusammenleben im Haushalt“ erfaßt wird (Sachverständiger Dr. Wingen, P 24/10). Schätzungen der voraussichtlichen Entwicklung der Haushaltsgröße in Baden-Württemberg (Basis: 1980) und in der Bundesrepublik insgesamt (Basis: 1982) kommen aufgrund rückläufiger Familiengrößen und gleichzeitig wachsender Anzahl der Privathaushalte zu einer deutlichen Abnahme der Haushaltsgröße:

Jahr	Baden-Württemberg	Bund
1980	2,52	–
1982	–	2,43
1990	2,33	2,30
2000	2,24	2,29
2015	2,14	–

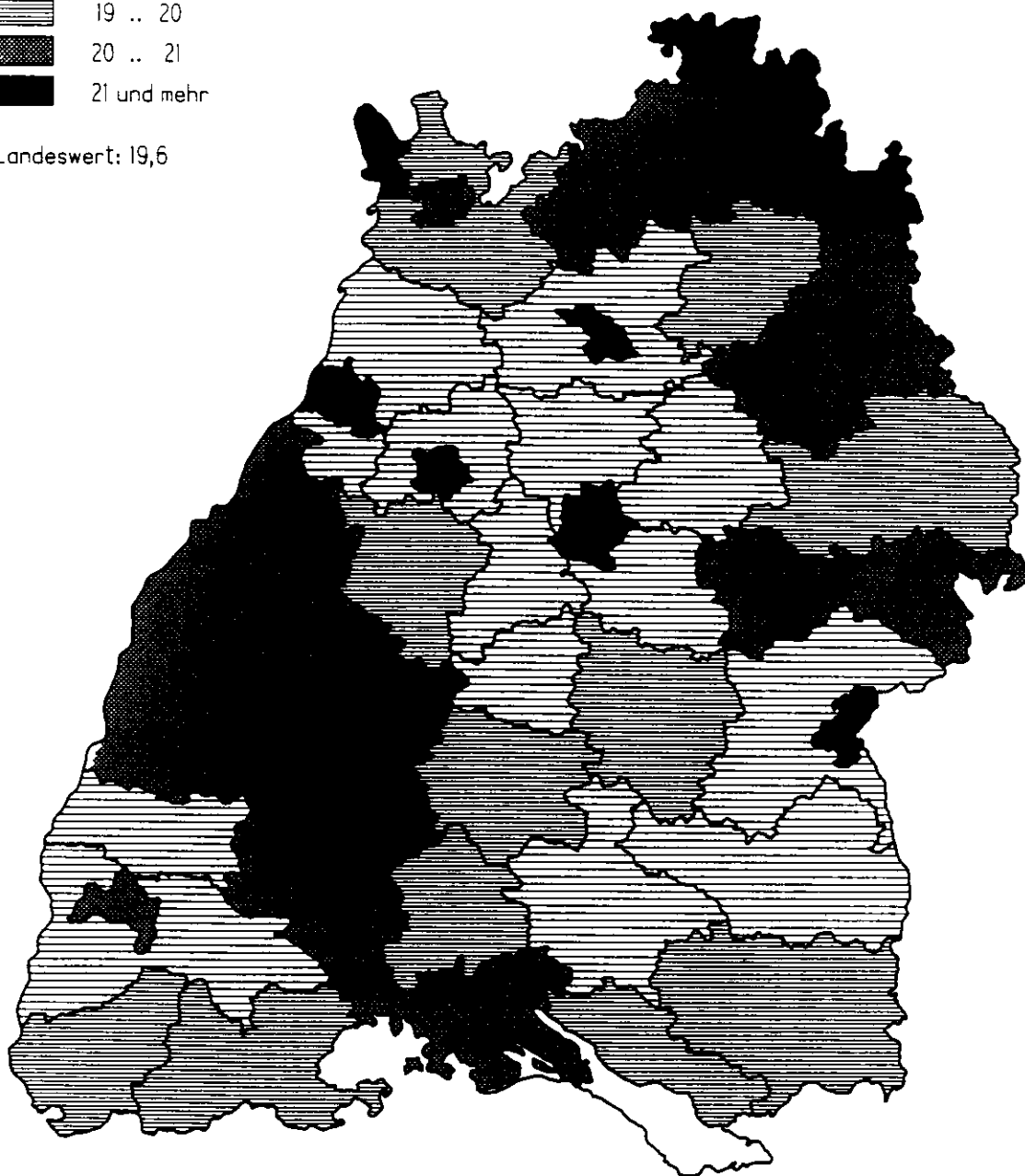
Kartogramm 616/135/90

# Über 60 jährige Bevölkerung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs am 1. Januar 1989

Anteil in Prozent der Bevölkerung insgesamt

	von .. bis unter
	.. 19
	19 .. 20
	20 .. 21
	21 und mehr

Landeswert: 19,6



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg  
Landesinformationssystem

Dieser abwärts gerichtete Trend ist auf mehrere Ursachen zurückzuführen:

- Junge Menschen zeigen eine anhaltende Neigung, die elterlichen Haushalte frühzeitig zu verlassen und – jedenfalls für begrenzte Zeit – für sich allein zu leben;
- die Anzahl der Scheidungen ist auch bei den sogenannten „Altehen“ in den vergangenen Jahren trotz rückläufiger Eheschließungen drastisch angestiegen;
- die Zahl sogenannter „Ein-Eltern-Familien“, das heißt Alleinerziehende (geschiedene Mütter oder Väter sowie ledige Mütter) mit minderjährigen Kindern, ist im Jahr 1985 auf 941 000 angewachsen, während es 1970 im Bundesgebiet noch 745 000 und 10 Jahre später (1980) bereits 868 000 Ein-Eltern-Familien waren;
- der Anteil älterer Menschen vergrößert sich, die alleine einen eigenen Haushalt führen; dabei wird – aufgrund des sich angleichenden Zahlenverhältnisses von Männern und Frauen – die Zahl der Einpersonenhaushalte bei den Männern in Zukunft prozentual stärker zunehmen als bei den Frauen (P 25/97);
- die rückläufige Zahl der Geburten seit Mitte der Sechzigerjahre wirkt vermindern auf die durchschnittliche Haushaltsgröße;
- die verringerte Neigung zu heiraten läßt bei den derzeitigen gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen eine bedeutsame Zunahme der Zahl der Geburten nicht erwarten.

Nach Auffassung des SM (Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 24 f.) kann somit für die älteren Menschen in Baden-Württemberg abgeleitet werden, „daß in Zukunft die dominierende Form des Zusammenlebens die Zweiergemeinschaft bleiben wird. Nachdem die Kinder den elterlichen Haushalt verlassen und meist eine eigene Familie gegründet haben, bleibt diese „nachelterliche Gefährtschaft“ bis zum Tode eines Partners zunehmend über längere Zeit bestehen. Für immer mehr Hochbetagte bedeutet dies, daß sie die letzte Zeit ihres Lebens allein oder mit nicht verwandten Personen verbringen müssen“ (so auch Wingen, Kommissionsbericht, S. 29).

Diese „nachelterliche Gefährtschaft“ ist

„ein Phänomen, das es früher überhaupt nicht gegeben hat: daß Mann und Frau nach dem Weggang ihrer Kinder alleine in einem Haushalt leben. Das gibt es 15, 20 Jahre lang. Dies ist eine gänzlich neue Lebensphase, die es früher überhaupt nicht gegeben hat, weil die Frauen kurz vor der Menopause ihr letztes Kind bekommen haben, und ehe das aus dem Haus gegangen ist, war die Mutter gestorben. Es ist also eine neue Lebensphase, auf die wir uns im Grunde genommen einstellen und für die wir Verhaltensmuster entwickeln müssen“,

erläuterte der Sachverständige Dr. Rückert (P 25/96).

Die starke Zunahme der Ein-Personen-Haushalte bedauerte die Zeugin Barbara Schäfer bei der Beweisaufnahme am 6. April 1989 „weil diese die soziale Isolierung gerade im Alter fördert“ (P 6/56).

Im Unterschied hierzu sehen Lehr, Wingen, Wilbers (Kommissionsbericht, S. 99, 107) in der zukünftigen Familiensituation sich auf den zukünftigen Altersprozeß günstig auswirkende Faktoren, weil diese „weit stärker zur Schaffung eines sozialen Netzwerkes außerhalb familiärer Kontakte anregen dürfte, ebenso aber auch zur Gewöhnung an das Alleinsein, ohne daß Gefühle der Einsamkeit aufkommen müssen. Daneben könnte die familienstrukturelle Veränderung auch eine Verstärkung intergenerationeller Kontakte innerhalb des Familienverbandes („Innere Nähe bei äußerer Distanz“) auf freiwilliger Basis anregen, ohne einen durch gegenseitige Abhängigkeit gegebenen Zwang“.

Erschwert werde der Alternsprozess jedoch auch in Zukunft sein, „wenn außerfamiliäre Kontakte nicht gepflegt wurden und man nicht in der Lage war und ist, sich ein soziales Netzwerk zu schaffen, wenn man nach der Berufs- und Familienphase keine neuen außerfamiliären Aufgaben findet, die Spaß machen und dem Leben einen Sinn geben“ (a. a. O.).

Weitgehend unabhängig von der individuellen Pflege außerfamiliärer Kontakte wird die bereits heute deutlich reduzierte Familiengröße strukturell dazu führen, daß insbesondere für den Bedarfsfall künftig vermehrt Leistungen gerade für ältere und alte Menschen auf außerfamiliäre Netzwerke und auch auf gesellschaftliche Einrichtungen übertragen werden müssen (Sachverständiger Dr. Wingen, P 24/12).

#### 7. Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung

Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Rückert „liegen darüber bedauerlicherweise sehr wenig Informationen vor, viel zu wenig, um eine vernünftige Planung betreiben zu können“ (P 25/89).

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 27)

„wirken aufgrund der demographischen Entwicklung die künftig zu erwartenden Veränderungen der Bevölkerungsstruktur zunehmend in Richtung einer relativen (Anm.: Anteil kranker Personen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung) Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung und einer damit einhergehenden vermehrten Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen“.

Nach einer „Modellrechnung zur künftigen Entwicklung kranker Personen nach Behandlungsart und Geschlecht“ (a. a. O., S. 28) wird der morbiditätserhöhende Einfluß künftiger Veränderungen im Bevölkerungsaufbau den auf der rückläufigen Bevölkerungszahl beruhenden gegenläufigen Effekt übertreffen, bezüglich der Anzahl kranker Frauen bis Anfang der Neunzigerjahre und bezüglich der Anzahl kranker Männer bis etwa zum Jahre 2010.

Insgesamt wird es auch in der Zukunft stets mehr kranke Frauen als kranke Männer geben. Während stationäre ärztliche Leistungen voraussichtlich ab dem Jahre 2010 in größerem Umfang von kranken Männern als von kranken Frauen in Anspruch genommen werden, wird es bei ambulanten ärztlichen Leistungen bei einer häufigeren Inanspruchnahme durch weibliche Kranke bleiben. Je nach „Inanspruchverhalten“ wird die Zahl der Arztkontakte insgesamt in einer Bandbreite von 3 bis 11 % zunehmen (Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S. 64).

Bezüglich der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen wies der Zeuge Hinderer (P 6/113) auf eine Prognose hin, wonach mit zunehmendem Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung auch der Anteil der 60jährigen und älteren Patienten am Pflegetagevolumen von gegenwärtig 47 % überproportional auf 55 % im Jahr 2000 wegen der höheren Krankenhaushäufigkeit und der längeren Verweildauer älterer Patienten ansteigen wird.

Demenzerkrankungen, „die das größte Problem psychischer Gesundheit im höheren Lebensalter sind, werden bis zum Jahr 2025 gegenüber 1980 in der Bundesrepublik um etwa 40 % auf rund 800 000 bis 900 000 zunehmen“, prognostizierte der Sachverständige Prof. Häfner (P 8/104, 122). Gleichzeitig wies er darauf hin, daß die starke Abnahme des Anteils jüngerer Menschen an der Gesamtbevölkerung nicht nur Probleme der pflegeri-

schen Versorgung der älteren – unter anderem psychisch kranken – Menschen schafft, „sondern auch große psychologische Probleme, die mit der Gefahr der Schwächung ethischer Standards gegenüber pflegebedürftigen alten Menschen verbunden sind.“ Eine künftige „Euthanasie“- bzw. „Gerontozid“-Diskussion befürchteten auch die Zeugen Dr. Rieder (P 7/24) und Schäfer (P 7/179) sowie der Sachverständige Dr. Schmidt, der bei der Beweisaufnahme am 22. Juni 1990 diesbezüglich auf einen englischen Aufsatz mit dem provozierenden Titel „Gibt es einen gesundheitspolitischen Gerontozid?“ (P 26/32) hinwies.

#### 8. Entwicklung der Bildungssituation der älteren Bevölkerung

Der Bildungshintergrund der älteren Menschen von morgen wird sich deutlich unterscheiden vom Bildungsstand der heute älteren Menschen. Dies ergibt sich beispielsweise aus einem Vergleich der allgemeinbildenden Schulabschlüsse der heute 60- bis 70jährigen mit denen der 60- bis 70jährigen etwa des Jahres 2030, die schon bekannt sind; denn hierbei handelt es sich um die heute etwa 20- bis 30jährigen.

Rund 7 % der heutigen Älteren besitzen das Abitur, bei den Älteren von übermorgen würden es bereits 24 % sein; 28 % der etwa 60- bis 70jährigen des Jahres 2030 hätten die Mittlere Reife, heute trifft dies auf nur rund 13 % dieser Altersgruppe zu. Umgekehrt würde bis dahin künftig der Anteil der Älteren mit Hauptschulabschluß von heute etwa 76 % auf 45 % zurückgehen.

Auch im Hinblick auf die beruflichen Ausbildungsabschlüsse deutet sich im Generationenvergleich ein merklicher Trend zur Höherqualifizierung an. Insofern würde damit das „kreative Potential“ der älteren Generation künftig deutlich anwachsen. Bisherige Erkenntnisse lassen auch darauf schließen, daß mit steigendem Bildungsniveau ebenso die soziale Kompetenz wachsen könnte, das Leben im Alter selbstbestimmt und aktiv zu gestalten.

Verallgemeinernd läßt sich mit dem Sachverständigen Dr. Wingen zusammenfassen:

„Wir haben es morgen und übermorgen auch vom Bildungsniveau her mit anderen Alten zu tun als in der Vergangenheit“ (P 24/18).

#### 9. Finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter

##### a) Gegebenheiten

##### aa) Sozialversicherung

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit war bis zum Jahre 1989 nur im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung und damit nur als Unfallfolge sozialversicherungsrechtlich abgedeckt.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (BGBl. 1988 I S. 2477 ff.) wird erstmals seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch der Versicherten auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit normiert.

Nach den Bestimmungen der §§ 53 ff. SGB V erhalten Schwerpflegebedürftige unter bestimmten Voraussetzungen häusliche Pflegehilfe:



- Seit dem 1. Januar 1989 tragen die Krankenkassen die Kosten für die häusliche Pflege für längstens 4 Wochen je Kalenderjahr (begrenzt auf 1 800 DM) wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson (§ 56 SGB V);
- Vom 1. Januar 1991 wird alternativ häusliche Pflegehilfe, die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat umfaßt, bis zur Höchstgrenze von 750 DM je Kalendermonat gewährt (§ 55 SGB V) oder anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Geldbetrag von monatlich 400 DM bezahlt, wenn der Schwerpflegebedürftige die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen kann (§ 57 SGB V).

Wegen der Regelungen im einzelnen wird auf die Darstellung unter V. 2. f) verwiesen.

Dagegen sind für die stationäre Versorgung Schwerpflegebedürftiger im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes keine Leistungen vorgesehen.

Zur unterschiedlichen Gewährung gesetzlicher Krankenversicherungsleistungen bei ambulanter und stationärer Versorgung heißt es im Gesetzentwurf der Bundesregierung:

„Es kann nicht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein, die Probleme der Pflegebedürftigkeit insgesamt zu lösen. Eine versicherungsrechtliche Gesamtlösung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet deshalb für die Bundesregierung aus. Sie wäre mit dem Ziel, den Krankenkassen durch die Strukturreform Spielräume für eine Senkung der Beitragssätze zu geben, nicht vereinbar. Bei der sozialen Absicherung der Pflegepersonen und der stationären Pflege sind andere Finanzierungsträger als die GKV gefordert. Aber es ist notwendig und vertretbar, mit einem begrenzten Finanzvolumen einen deutlich abgrenzbaren Sektor aus der Gesamtsituation, nämlich die ambulante häusliche Pflege Schwerpflegebedürftiger, in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, weil hier in erster Linie sozialpolitischer Handlungsbedarf besteht.

Die Bundesregierung will mit den in der GKV vorgesehenen Maßnahmen ein politisches Signal setzen, daß die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen nicht allein gelassen werden“ (so: Begründung des Gesetzentwurfes unter Ziffer A. III. 3. e; im Wortlaut ähnlich: unter Ziffern A. VII. und B. „Zum Sechsten Abschnitt“ des Gesetzentwurfes; Quelle: BR-Drucksache 200/88 vom 29. April 1988).

Die Kosten für die häusliche Pflege in der gesetzlichen Krankenversicherung betragen nach Berechnungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zirka 5,1 Milliarden DM (SM, Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 32). Über die gesetzliche Krankenversicherungspflicht hinaus besteht für den einzelnen Bürger keine Verpflichtung, das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern.

Kritik an den im Gesundheitsreformgesetz getroffenen Regelungen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit übte der Zeuge Frank namens des Landkreistages Baden-Württemberg bei der Beweisaufnahme am 22. Juni 1990.

Zum Sachleistungsanspruch nach § 55 SGB V bekundete er:

„Ich verhehle nicht, daß wir immer der Meinung waren, daß Bargeld in diesen Fällen aus verschiedenen Gründen besser ist, erstens deswegen, weil die Familie hier eher disponieren kann, weil sie die Dinge maßgerechter für sich zuschneiden kann; zweitens weil auch die Familie, wenn sie ohne Außenunterstützung durchkommt, was gelegentlich der Fall ist, wenn ein großer Familienzusammenhalt da ist, daß dann die Familie ein kleines Honorar hat und sich etwas gönnen kann. Ich meine, es wird ja dasselbe geleistet. Man sollte das nicht un-

ter den Tisch kehren. Und drittens – ein sehr wichtiger Punkt in heutiger Zeit –, weil wir nicht dafür sorgen sollten, daß Leistungen nur im Falle der Fremdpflege fließen. Wir haben gar nicht so viel Leute, die in absehbarer Zeit die Fremdpflege machen können. Wir müssen Leistungen so gestalten, daß ich Fremdpflege vermeide und sozusagen das Honorar für diejenigen auslobe, die selber hier etwas tun“ (P 25/11).

Heftig kritisierte der Zeuge Frank, daß die stationäre Versorgung im Falle der Schwerpflegebedürftigkeit durch das Gesundheitsreformgesetz und damit durch die Krankenkassen überhaupt nicht berücksichtigt ist. Die sich daraus ergebende Gewährung unterschiedlicher Versicherungsleistungen ist nach Auffassung des Landkreistages Baden-Württemberg „sozial unvertretbar“ und „verfassungsrechtlich bedenklich“ (P 25/15), weil

„Heimbewohner, die ja nichts dafür können, also nicht aus freiem Gusto das Heim gewählt haben, sondern gar keine Alternative gehabt haben oder haben, als die Pflege, die sie brauchen, im Heim in Anspruch zu nehmen. Sie würden – das wissen wir –, sie würden in fast jedem Fall viel lieber zu Hause bleiben in ihren vertrauten Verhältnissen“ (P 25/12).

Die unterschiedliche versicherungsrechtliche Behandlung ambulanter und stationärer Pflegebedürftigkeit muß nach Meinung des Landkreistages Baden-Württemberg „ganz dringend korrigiert werden, weil aufgrund der finanziellen Auswirkungen der verbesserten Personalschlüssel (vgl. hierzu die Darstellung unter VI. 4. b. dd) sowie der tarifvertraglichen Verbesserungen (vgl. hierzu die Darstellung unter VII. 3. b) die finanzielle Situation sich für die Heimbewohner ab 1. Januar 1991 verschärft:

„Dann sind also im Laufe des Jahres 1991 gegenüber dem Stand Mitte 1989 die Pflegesätze, abgesehen von linearen Erhöhungen strukturell um 500 bis 600 DM – ich bin ganz vorsichtig –, höher geworden. Und diese erhöhte Rechnung geht den Heimbewohnern zu, wenn die, die zuhause sind, um 400 DM entlastet werden. Das ist ein Unterschied, also ein Diskrepanz, netto von 800 bis 1 000 DM. Das jemand deutlich zu machen, da bin ich gespannt, ob das gelingen wird“ (P 25/16).

Nach Angaben des Zeugen Frank hatte der Städtetag und der Landkreistag vor Erlass des Gesundheitsreformgesetzes dafür plädiert, „jedem der 630 000 häuslich Pflegebedürftigen und jedem der damals nach Bundeszahlen etwa 280 000 Heimbewohner im Pflegefall monatlich 500 DM“ zu geben (P 25/14). Dies hätte nach einer Kostenschätzung der kommunalen Spitzenverbände mit dem Kostenvolumen finanziert werden können, das im GRG-Regierungsentwurf allein für die häusliche Pflegeregulungen unterstellt worden war.

Die Richtigkeit der kommunalen Kostenschätzung hat sich nach den Bekundungen des Zeugen Frank zumindest tendenziell bereits gezeigt: ausgehend von den im Jahr 1989 im Zuständigkeitsbereich des AOK-Bundesverbandes gestellten Anträge auf Urlaubspflegegeld kann davon ausgegangen werden, daß allenfalls jeder vierte Fall aus der Gesamtanzahl von 630 000 häuslich Pflegebedürftiger auch tatsächlich Urlaubspflege in Anspruch nimmt:

„Das sind jetzt bloß einmal Linien, die ich hier aufzeige. Ich kann also keinerlei Gewähr dafür übernehmen, ob das so stimmt und so. Man hat vollkommene Zahlen dann erst im Lauf des Jahres 1991 zur Verfügung.

Bloß glaube ich, eines ist klar: daß das Kostenvolumen, das im GRG-Gesetzentwurf vom Ministerium Blüm unterstellt worden war für diese Pflegeleistungen nicht erreicht wird, nicht ausgeschöpft wird für die häusliche Pflege, nicht ausgeschöpft wird für das laufende und nicht ausgeschöpft wird für diese Urlaubspflege – was wir immer gesagt haben“ (P 25/14).

Ursache hierfür ist die restriktive Auslegung der gesetzlichen Regelungen durch die enge Fassung der Krankenkassen-Richtlinien zur Schwerpflegebedürftigkeit (P 25/13).

#### bb) Sozialhilfe

Die einzige Möglichkeit im Falle der Pflegebedürftigkeit aus öffentlicher Kasse eine Unterstützung zu erhalten ist – abgesehen vom Gesundheitsreformgesetz und der Unfallversicherung – die Sozialhilfe. Wegen der Regelungen des BSHG für den Pflegefall wird auf die Darstellung unter V. 2. a) und VI. 1. a) verwiesen.

Die Situation in der Sozialhilfe ist im wesentlichen dadurch gekennzeichnet, daß aufgrund durchschnittlicher Heimkosten von monatlich 3 000 DM und erheblich geringerer Durchschnittsrenten (ca. 1 700 DM für den Mann als den Primärrentner und einer Durchschnittswitwenrente von zirka 800 DM) die Sozialhilfe in Baden-Württemberg für den Pflegefall von derzeit etwa 33 000 bis 35 000 Menschen in Heimen aufkommen muß (P 25/7).

Dies führte dazu, daß im Jahr 1987 die Sozialhilfeträger in Baden-Württemberg knapp 30 % der Sozialhilfenettoaufwendungen (= Sozialhilfegesamtaufwand abzüglich an die Sozialhilfeträger abgeführter Renten) für den Pflegefall aufwenden mußten.

#### cc) Private Pflegeversicherung

Die private Versicherungswirtschaft bietet eine Absicherung des Pflegefallrisikos – ausgenommen bei Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall – auf freiwilliger Basis an. Die Tarife der privaten Krankenversicherungen sind seit Mitte 1985 auf dem Markt. Der Abschluß einer solchen Versicherung ist für jeden möglich. Das Eintrittshöchstalter beträgt bei den meisten Versicherten 60, bei einigen 65 Jahre. Der Versicherungsschutz beginnt nach einer Wartezeit von 3 Jahren. Der Interessent kann zwischen einer Pflegetagegeldversicherung, einer Pflegekostenversicherung, einer Kombination aus Pflegetagegeld- und -kostenversicherung oder einer Pflegerentenversicherung wählen.

Die Pflegetagegeldversicherung sieht einen bestimmten Betrag pro Pflegetag vor. Er wird unabhängig von den entstandenen Kosten gezahlt. Für seine Höhe ist der Grad der Pflegebedürftigkeit maßgebend. Die Pflegekostenversicherung übernimmt die nachgewiesenen Kosten einer Pflege bis zu einem bestimmten Prozentsatz. Voraussetzung ist die Pflege durch ausgebildetes Personal. Pflegerentenversicherungen werden von Lebensversicherungsgesellschaften auf der Basis einer Lebensversicherung angeboten, wobei in Anlehnung an die Pflegetagegeldversicherung die monatliche Rentenzahlung unabhängig von den entstandenen Pflegekosten erfolgt.

Wie bei allen privaten Krankenversicherungen ist die Höhe des Beitrages wesentlich vom Eintrittsalter abhängig. Grundsätzlich gilt, je jünger der Versicherte ist, desto niedriger sind die Beiträge. Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 28. März 1989, S. 33) zahlt ein 30jähriger Versicherter beispielsweise für ein Tagegeld von 100 DM einen Monatsbeitrag von 44 DM, ein 40jähriger dagegen schon 64 DM. Darüber hinaus hängt die Beitragshöhe auch davon ab, ob Versicherte männlich oder weiblich sind. Bei privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherungen müssen Frauen höhere Beiträge zahlen (P 26/16).

Wegen der Monatsbeiträge der einzelnen Versicherungsgesellschaften und ihrer – unterschiedlichen – Leistungsangebote (Stand: 1. Juni 1990) wird auf die vergleichende Darstellung der „Stiftung Warentest“ (Heft September 1990, S. 18 ff.) hingewiesen.

## b) Möglichkeiten

## aa) Aufgabe der Solidargemeinschaft

Auf die Frage nach den Möglichkeiten einer Absicherung des Pflegefallrisikos erklärten die Zeugen Michel (P 9/80) und Dr. Rieder (P 11/9), daß die „Pflegebedürftigkeit ein allgemeines Lebensrisiko ist“ und deshalb „die Solidargemeinschaft hier gefragt ist“.

Während der Zeuge Dr. Rieder (ebenso Zeugin Berner, P 10/65, sowie Zeuge Jäck, P 17/25) eine Absicherung in Form einer allgemeinen Pflegeversicherung für notwendig hielt, trat der Zeuge Michel für eine modifizierte Form der Pflegeversicherung ein:

„Ich glaube, wir alle haben noch keine Lösung. Aber wir müssen sie anstreben. Wir haben nicht mehr viel Zeit dafür . . . Man sollte auf diesen Dingen (Anm.: die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung) aufbauen und zu weiteren Dingen kommen. Es ist ganz sicher falsch – ganz sicher falsch! –, daß die Pflege im Alter nicht in der RVO enthalten ist und nirgendwo abgesichert wird, obwohl es ein Risiko ist, das den einzelnen ohne sein Verschulden treffen kann. Die Solidargemeinschaft ist hier gefragt. Ich habe hier nur aufgrund meiner Erfahrungen der letzten Jahre die Sorge, daß wir erst ein anderes Denkklima schaffen müssen (Anm.: so auch die Zeugin Hedtke-Bekker, P 11/60) . . . Man muß die Würde und die Bedeutung des Alters mehr ins Gesichtsfeld bekommen und dann auch bereit sein, das Sozialprodukt entsprechend einzusetzen“ (P 9/78).

## bb) Pflegeversicherung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Sowohl der „Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge“ als auch die Länder Hessen und Bayern haben ihre diesbezüglichen Initiativgesetzentwürfe an die gesetzliche Krankenversicherung angelehnt bzw. in sie integriert (Stellungnahme der Kommunalen Landesverbände vom 27. März 1990, S. 1). Auch das Gesundheitsreformgesetz ist bezüglich der häuslichen Pflege diesen Weg gegangen.

Die Kommunalen Landesverbände sowie die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg haben zu dem Thema Pflegeversicherung folgende Kriterien aufgestellt (P 25/21 f.):

- Gleichbehandlung von häuslicher und stationärer Pflege;
- Beschränkung der Kosten auf den Kern der Pflegebedürftigkeit;
- Auslobung von Geld-, nicht von Sachleistungen;
- Betonung der Selbstvorsorge im Sinne von eigener Beitragszahlung und damit kein Leistungsgesetz mit einer Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln;
- sofortige Wirksamkeit über das in der Sozialversicherung praktizierte Umlagedeckungsverfahren;
- Entlastung der überbelasteten Sozialhilfe.

Hiervon ausgehend befürworten die Kommunalen Landesverbände die Einrichtung einer Pflegeversicherung „unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung“ und sehen dabei folgende Vorteile (P 25/36):

- Vermeidung von Schnittstellen für den Fall der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit, indem der gleiche Kostenträger zuständig wird;
- gesundheitspolitisches und größeres fiskalisches Interesse des Trägers GKV, Rehabilitation zu verstärken und dadurch Pflege zu vermeiden;
- einkommensmäßige Staffelung der Pflegeversicherungsbeiträge als eine zweite Schicht der Solidarität;

- mit sofortiger Wirksamkeit und ohne Verwaltungsaufwand würden 90 % der Bevölkerung bei einer Koppelung mit der Krankenversicherung das Risiko der Pflegeversicherung abgesichert sein;
- die restlichen 10 % nicht Pflichtkrankenversicherten könnten in der GKV über eine Zusatzkartei – ohne Datenschutzprobleme – dort aufgenommen werden.

Die Gesamtkosten einer Pflegeversicherung unter dem Dach der GKV, die „Leistungen von etwa 1 500 DM im stationären Fall und bei gestaffelten Leistungen im häuslichen Pflegefall“ (P 25/31) erbringen sollte, würden hochgerechnet zirka 6,6 Milliarden DM betragen, wobei Zahlen aus dem Jahr 1987 zugrunde gelegt sind.

Zur Finanzierung der Gesamtkosten führte der Zeuge Frank ergänzend aus:

„Wir haben damals dann vorsichtig gesagt: ‚Das Ding ist also zu machen in einer Größenordnung von einem Beitragsprozent, soweit die Beitragsbasis der KV angesprochen ist‘, und gingen natürlich davon aus: halbe Verteilung Arbeitgeber/Arbeitnehmer. Das läßt sich sehr hübsch bei dieser Geschichte sagen. Hat jemand 3 500 DM Bruttoeinkommen, dann zahlt er 17,50 DM selber, und 17,50 DM zahlt der Arbeitgeber. Insgesamt politisch sehen wir das so: Bei den heutigen Tarifabschlüssen ist es sowohl der einen wie der anderen Seite ohne weiteres zumutbar“ (a. a. O.).

Auf die Frage nach der diesem Vorschlag innewohnenden Gefahr eines Generationenkonfliktes, wenn etwa um die Jahrtausendwende die Anzahl der Beitragszahler und der Pflegebedürftigen sich dramatisch verändert, meinte der Zeuge Frank:

„Es wird in der Regel vergessen, die Annahme weiterzudenken, daß die Produktivität ja fortschreitet, daß die Verdienste wesentlich höher werden auch bis in jene Zeit hinein, so daß sozusagen die Zumutbarkeit der Abschöpfung auch wächst... 35 % von sehr viel mehr ist zwar als Zahl sozialpolitisch immer schreckhaft, das ist klar, aber im Grund natürlich: 35 % von 5 000 DM Verdienst ist was anderes als 35 % von 3 000 DM – bloß als Tendenz, als Linie jetzt einmal gesagt. Aber natürlich, Sie haben recht, man muß mit dem rechnen: die Last wird größer“ (P 25/39).

#### cc) Private Mindestpflichtversicherung für den Pflegefall

##### (1) Gesetzentwurf der Landesregierung

Die Landesregierung hält eine Stärkung der Eigenvorsorge gegen das finanzielle Risiko des Pflegefalls für den besten Weg, um die heute gegebene Sicherung über das Bundessozialhilfegesetz im Interesse der Pflegebedürftigen und der Sozialhilfeträger abzulösen. „Mit einer Umlagefinanzierung zur Versorgung der jetzt Pflegebedürftigen auf hohem Niveau würde“ nach Auffassung der Landesregierung „der heute erwerbstätigen Generation eine Finanzierungsleistung abverlangt, der angesichts der demographischen Langfristentwicklung nur ein mit unkalkulierbaren Risiken behaftetes Leistungsversprechen gegenübersteht. Nur durch eine Versicherungslösung, die Vorsorge für die heute absehbaren Risiken der Pflegebedürftigkeit in dieser Generation trifft, kann ein sonst vorprogrammierter Generationenkonflikt vermieden werden“ (Drucksache 10/2939).

Aus diesem Grunde hat die Landesregierung den Vorschlag einer gesetzlichen Vorsorgepflicht entwickelt. Danach sollen sich alle Personen ab dem 45. Lebensjahr gegen die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit privat versichern. Als Versicherungssumme ist ein monatlicher Barbetrag von 1 500 DM bei Schwerstpflegebedürftigkeit vorgesehen. Hierzu soll nach Angaben der Versicherungswirtschaft derzeit eine 45 bis 50jährige Person

einen monatlichen Versicherungsbeitrag von 40 bis 50 DM aufbringen müssen. Der Versicherungsaufwand soll steuerabzugsfähig sein.

Für die Einführung ist vorgesehen, die Vorsorgepflicht auf die Personen bis zum 65. Lebensjahr zu beschränken. Es wird daher auch nach Auffassung der Landesregierung „eine lange Phase geben, bis die Anwartschaften aus den Versicherungen sich in großer Zahl auswirken werden“ (Drucksache 10/3408). Um die bei Inkrafttreten des Pflegevorsorgegesetzes über 65jährigen nicht weiterhin im Falle der Schwerpflegebedürftigkeit allein auf die Sicherung durch Eigenmittel und Sozialhilfe zu verweisen, sieht eine Übergangsregelung vor, daß die bei Inkrafttreten des Pflegevorsorgegesetzes über 65jährigen, die von der gesetzlichen Vorsorgepflicht befreit sind, bei Schwerpflegebedürftigkeit von der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten

- häusliche Pflegehilfe in Form von Sachleistungen oder Geldleistungen bei häuslicher Versorgung (Regelung nach dem Gesundheits-Reformgesetz) und
- Pflegehilfe in Form einer Geldleistung von monatlich bis zu 750 DM bei stationärer Versorgung.

Damit wird nach Auffassung der Landesregierung „sichergestellt, daß die an sich krankenversicherungsfremden Pflegeleistungen aus dem Bereich der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung langfristig herausgelöst und durch die Eigenvorsorge aufgrund der Vorsorgepflicht ersetzt werden. Durch diese Regelung wird die gesetzliche Krankenversicherung mit rund 1,8 Milliarden DM pro Jahr belastet“ (Drucksache 10/3408).

## (2) Haltung der Kommunalen Landesverbände

Mit ihrer Stellungnahme vom 27. März 1990 begrüßten die kommunalen Landesverbände (ebenso: Zeuge Frank bei der Beweisaufnahme am 11. Mai 1990, P 25/23), daß der Gesetzentwurf häusliche und stationäre Pflege gleichbehandelt, die zu versichernden Kosten auf den Kern der Pflegebedürftigkeit beschränkt, Geld- und keine Sachleistungen auslobt und im Sinne des ordnungspolitischen Ansatzes der Selbstvorsorge eine Versicherungslösung wählt.

Erhebliche Kritik äußerten die kommunalen Landesverbände in sozial-, gesundheits-, verwaltungs- und kommunalpolitischer Hinsicht:

- Sozialpolitisch tritt aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens keine Sofortwirksamkeit ein:

„Die Antwort für die heute und morgen pflegebedürftige Generation wird mit diesem Entwurf nicht gegeben“,

äußerte der Zeuge Frank bei der Beweisaufnahme am 11. Mai 1990 (P 25/24).

Bedenklich ist dem Zeugen Frank zufolge auch, daß im Modell der Landesregierung „die Beiträge mit Rasenmähermethode festgelegt werden“ (P 25/26). Er kritisierte dabei, daß die Beitragshöhe nicht wie in der Sozialversicherung einkommensmäßig gestaffelt wird.

- Gesundheitspolitisch wird die Schnittstelle zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit verschärft:

„Eine Lösung, die die Zuständigkeit für den Krankheitsfall einschließlich Rehabilitation und für den Pflegefall zuständigkeitsmäßig trennt, läuft dem Interesse des Ausbaues der Rehabilitation und des Abbaues der behaupteten Bettenfehlbelegungen in den Krankenhäusern prinzipiell zuwider.

Eine Bündelung dagegen der Zuständigkeit für diese Leistungsbe-  
reiche unter dem Dach der KV könnte ein humanes, gleichzeitig ef-

fektives und sinnvoll geordnetes Gesundheitswesen befördern“ (Stellungnahme der kommunalen Landesverbände vom 27. März 1990, S. 3).

- Verwaltungspolitisch erfordert eine Privatversicherungslösung eine „neue und monströse Bürokratie“ (a. a. O., S. 4), um die Versicherungspflicht zu überwachen und aufgrund der Steuerabzugsfähigkeit der Versicherungsbeiträge je nach individueller Einkommenslage einen finanziellen Ausgleich im Einzelfall schaffen:

„Unter dem Zwang, bei der Beitragsbelastung im Einzelfall soziale Gesichtspunkte zu berücksichtigen, kommt der RefE nicht umhin, für diese „Kernaufgabe“ der Bewilligung von Prämienzuschüssen eine neue Behörde, den Ausgleichsfonds, als Anstalt des öffentlichen Rechts, zu schaffen. Bei anfangs 16,04 Millionen Versicherungspflichtigen zwischen 45 und 65 Jahren – jährlich wachsen weitere Jahrgänge hinein – wird diese neue Behörde sehr groß dimensioniert sein müssen. Es ist fraglich, ob diese Behörde als Bundeszentralbehörde arbeiten kann oder sofort regionalisierte Außenstellen einrichten muß. Auch hier wird der Verwaltungsaufwand enorm sein.

Im Falle einer Lösung unter dem Dach der KV würde sich sowohl eine Kontrollbehörde für die Erfüllung der Versicherungspflicht wie auch der Ausgleichsfonds vollkommen erübrigen“ (a. a. O.).

- Kommunalpolitisch bringt der „RefE den Sozialhilfeträgern für die ersten 19 Jahre keinerlei Entlastung, sondern per Saldo, durch Beitragsbelastungen, einen Mehraufwand von insgesamt 119 Millionen DM, ehe er sich auch in der Sozialhilfe – wie in der Bevölkerung allgemein – positiv auswirken könnte“ (a. a. O., S. 5).

Mit der oben angeführten Übergangsregelung für die bei Inkrafttreten des Pflegevorsorgesetzes über 65jährigen wurde diesen Bedenken der Kostenträger der Sozialhilfe jedenfalls teilweise Rechnung getragen. Nach Angaben der Landesregierung wird diese Übergangsregelung die Kostenträger mit zirka 0,9 Milliarden DM pro Jahr unmittelbar ab Inkrafttreten des Pflegevorsorgegesetzes entlasten (Drucksache 10/3408).

## IX. Humanes Sterben außerhalb der häuslichen Umgebung

(Ziffer D. XII. des Untersuchungsauftrags)

### I. Erkenntnisse über den Sterbeort älterer Menschen

#### a) Allgemeines

In der Bundesrepublik Deutschland treten zirka 60 % aller Todesfälle in Krankenhäusern und insgesamt mindestens 70 % unter Einschluß von Pflegeheimen und ähnlichen stationären Einrichtungen ein. Die Anzahl der in Krankenhäusern zu verzeichnenden Todesfälle war in den zurückliegenden Jahren steigend: 44,2 % im Jahre 1968 und 59,2 % im Jahre 1978 (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/36).

Eine weitergehende Differenzierung des Sterbeortes etwa für einzelne Altersgruppen ist bislang nicht erfolgt.

#### b) Verlegung todkranker Patienten in Pflegeheime

Nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 4) sowie des Sachverständigen Dr. Schürholz (P 24/33) werden todkranke Patienten, deren Tod erkennbar nahe bevorsteht, allenfalls in „Ausnahmefällen“ vom Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt; „denn in der Regel braucht der todkranke Patient immer noch Hilfen, die, so wie die Dinge liegen, im allgemeinen nur bei der stationären Unterbringung möglich sind“ (Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/33). Die Verlegung vom Krankenhaus in ein Pflegeheim erfolgt in der Regel, wenn eine weitere Krankenhausbehandlung nach Überzeugung der behandelnden Ärzte nicht mehr angezeigt ist und noch von einer längerfristigen Lebenserwartung des Patienten ausgegangen werden kann.

20 % der Pflegeheimbewohner kamen direkt aus Privathaushalten. Hiervon wurden zuvor 52 % von Angehörigen und etwa 20 % von Angehörigen sowie einer Sozialstation gepflegt. Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Schmidt wächst „die Bereitschaft eher, Menschen zuhause zu pflegen“ (P 26/39). 80 % der Pflegeheimbewohner kamen aus anderen Versorgungseinrichtungen, wobei 53 % hiervon aus einem Akutkrankenhaus verlegt wurden (P 25/137; ebenso: SM, Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 4).

Die Beweisaufnahme ergab eine sehr hohe Sterberate nach der Verlegung ins Pflegeheim:

Sowohl eine Untersuchung der Medizinischen Klinik Darmstadt im Jahre 1989 (so Zeugin Schneider-Klett, P 25/137) als auch eine Befragung des Badischen Diakonischen Werkes in den ihm angeschlossenen Pflegeheimen und Pflegestationen mit etwa 3 500 Pflegeplätzen im Jahre 1988 (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/37) haben übereinstimmend erbracht, daß etwa 50 % der von einem Krankenhaus ins Pflegeheim verlegten Patienten im ersten Jahr starben. Im Jahre 1987 betrug dieser Anteil nach Angaben des Sachverständigen Dr. Schmidt noch zirka 42 % und im Jahre 1984 nach einer Momentaufnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege etwa 35 % (SM, a. a. O.).

Angesichts des hohen Anteils der innerhalb eines Jahres versterbenden Pflegeheimbewohner und der Tatsache, daß diese Todesfälle zu mehr als 25 % innerhalb der ersten vier Wochen nach der Verlegung eintreten, meinte der Sachverständige Dr. Schmidt:

„Man kann durchaus davon sprechen, daß Patienten zum Sterben vom Krankenhaus ins Pflegeheim verlegt werden“ (P 26/37).

Zu den Todesursachen bemerkte der Sachverständige Dr. Schmidt, „daß die Verlegung als solche, die Veränderung der Umgebung und des Ortes,



auch ein auslösendes Element neben der vorlaufenden Erkrankung für diesen Todesfall sein kann. Das ist im einzelnen nicht aufgeschlüsselt“ (P 26/38).

Nach Angaben der Zeugin Schneider-Klett hat die Untersuchung der Medizinischen Klinik Darmstadt ergeben, „daß Deprivation und Vereinsamung und Aufgabe von Lebenswillen die Todesursachen gewesen seien, nicht die ärztliche oder die pflegerische Versorgung“ (P 25/137).

Die Zeugin bezweifelte dieses Untersuchungsergebnis:

„Es ist einerseits schön, daß es nicht die pflegerische oder auch die ärztliche Versorgung ist; gleichzeitig denke ich aber, es ist erschreckend. Für mich heißt das, daß aufgrund des Pflegekräftemangels in den Pflegeheimen tatsächlich zu wenig Zeit für die Zuwendung, für die Begleitung bleibt, vor allem in den ersten Wochen nach Übersiedlung ins Pflegeheim, daß überhaupt wenig Zeit für das Gespräch und die Sterbebegleitung bleibt“ (P 25/137).

Ein besonderes Problem stellt nach Angaben des Sachverständigen Dr. Schmidt die Verlegung von schwerpflegebedürftigen Patienten innerhalb einer Altenhilfeeinrichtung (nach dem Modell der dreigliedrigen Heime) in die Pflegeabteilung dar, die fast 20 % der Verlegungen ausmachen:

„Diese Entscheidung ist häufig allein deswegen nötig, weil der Kostenträger den erhöhten Pflegesatz nur zahlt, wenn der Heimbewohner in der Pflegeabteilung, also einer entsprechend ausgewiesenen Station, untergebracht ist. Die Maßnahme stellt jedoch eine besondere Härte gegenüber dem Heimbewohner dar und trägt offenbar auch keineswegs selbstverständlich zur Verbesserung der Lebenserwartung bei“ (P 26/39).

#### c) Verlegung todkranker Patienten in Krankenhäuser

Hierzu heißt es in der Stellungnahme des SM vom 16. Januar 1990:

„Nicht selten erfolgt auch die Verlegung eines todkranken alten Menschen von seiner Wohnung in ein Krankenhaus, da die Pflege dieser Schwerstkranken häufig die Kraft der Familien überfordert oder Angehörige – meist gegen den Willen der alten Menschen – nichts unversucht lassen möchten, den nahen Tod eines Angehörigen durch eine optimale medizinische Versorgung noch einmal aufzuhalten“ (S. 5).

Unbegründete Krankenhausaufnahmen werden nach Auffassung der Landesregierung dadurch vermieden, daß „in der Regel eine Krankenhausaufnahme durch die Einweisung eines niedergelassenen Arztes veranlaßt“ wird und „im Krankenhaus selbst eine Eingangsuntersuchung durch den Krankenhausarzt stattfindet. In beiden Fällen gehört es zu den Aufgaben des Arztes, das Erfordernis einer Krankenhauspflge festzustellen“ (Drucksache 9/5161).

Zahlenangaben lassen sich aus einem Forschungsprojekt „Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin“ (P 26/38) heranziehen. Von den dabei untersuchten 12 000 Notfalleinweisungen der Feuerwehr entsprechen dem Beurteilungskriterium „Tödliche Erkrankungen und Verletzungen, zum Beispiel Karzinomerkrankungen im terminalen Stadium“ 11,5 % aller Fälle. Hiervon überlebten die ersten 24 Stunden mehr als 50 % nicht.

Aus diesen Quoten zogen die Verfasser der Studie den Schluß:

„Hier bestätigt sich die Erfahrung, daß viele terminal Kranke mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus geschickt werden, um dort zu sterben“.

Darüber hinaus wurde bei den Männern auch eine Korrelation zum Alter festgestellt. Je älter sie sind, desto früher nach der Krankenseinlieferung versterben sie.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die sogenannten „Drehtürpatienten“. Nach Angaben der Zeugin Schneider-Klett steigt in Baden-Württemberg die Zahl derjenigen, „die als schwerstkranke Patienten immer wieder in den verschiedensten Krankenhäusern oder in denselben Krankenhäusern auftauchen“ (P 25/138).

Als wesentliche Gründe für diese Entwicklung sah die Zeugin „die fehlenden pflegerischen Ressourcen im ambulanten Bereich, den Mangel an Pflegeheimplätzen und Nachsorgeeinrichtungen mit tagesbetreuenden Unterbringungsmöglichkeiten“ (a. a. O.).

#### d) Entlassung todkranker Patienten vom Krankenhaus in ihre häusliche Umgebung

Todkranke Patienten werden allenfalls ausnahmsweise auf ihren Wunsch und auf Wunsch der Angehörigen in die Häuslichkeit zurückverlegt, „wenn man nach menschlichem Ermessen absehen kann, daß der Betroffene in der nächsten Zeit sterben wird“ (Zeugin Schneider-Klett, P 25/138). Auch wenn mit dem Sachverständigen Dr. Schmidt „auf eine eher zunehmende Bereitschaft seitens der Krankenhäuser“ (P 26/38) geschlossen werden kann, so stehen einer Rückverlegung in die häusliche Umgebung im wesentlichen drei Gründe entgegen (P 24/33):

- in der Regel braucht auch der todkranke Patient immer noch Hilfen, die im allgemeinen nur bei stationärer Unterbringung möglich sind;
- meistens sind die Wohnungen nicht für die Aufnahme des Schwerstkranken eingerichtet;
- vor allem fühlen sich die Angehörigen pflegerisch und kräftemäßig meist überfordert.

## 2. Wünsche und Bedürfnisse sowie Ängste und Einschätzungen älterer Menschen hinsichtlich ihres Sterbeortes

Erhebungen, in denen die Wünsche der Menschen hinsichtlich des bevorzugten Sterbeortes erfragt werden, ergeben ein weitgehend übereinstimmendes Bild. Etwa 70 bis 80 % aller Menschen in der Bundesrepublik Deutschland geben danach jeweils an – ebenso wie in anderen westlichen Industriestaaten –, zuhause sterben zu wollen (SM, Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 6). Nach einer Bonner Untersuchung aus dem Jahre 1989 würden sogar 92 % der Befragten es vorziehen, zuhause zu sterben (P 26/40).

Die Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. hat im Rahmen ihres Projekts „Hospiz – Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“ im Jahre 1987 eine Befragung bei rund 1 800 Stuttgarter Bürgern bezüglich ihrer Einschätzung zur heutigen Sterbesituation durchgeführt. Auffälligstes Ergebnis dieser Untersuchung war, daß  $\frac{1}{4}$  der Befragten ihre letzte Lebensphase zuhause, das heißt in ihrer vertrauten Umgebung verbringen möchten (P 25/120). Im Unterschied hierzu haben Alleinstehende eher den Wunsch, im Krankenhaus zu sterben, da diese Menschen „unsicher sind, ob sie zuhause diese Betreuung haben . . . Ferner gibt es Menschen, die ihr Sterben möglichst anonym halten wollen: die bevorzugen dann ein Erste-Klasse-Zimmer im Krankenhaus“ (Sachverständiger Prof. Tausch, P 26/57; ähnlich: Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/35).

Die Wunschzahl, daß 75 % der älteren Bürger gerne zuhause sterben möchten, kontrastiert auffällig mit der Tatsache, daß zirka 60 % der Menschen im Krankenhaus sterben (vgl. die obige Darstellung unter IX. 1.).

Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und Ist-Zustand ergibt sich nach Auffassung des Sachverständigen Dr. Schürholz sowohl aus dem Fehlen von Nachsorgeeinrichtungen für alte Menschen als auch daraus, daß die Antworten im Rahmen der Befragungen rein abstrakt und in gesundem Zustand von den älteren Menschen gegeben werden. Dagegen sieht die Wirklichkeit, das heißt das „Erlebnis der Erkrankung“, anders aus:

„Es sind nur ganz wenige Menschen, wobei ich die genaue prozentuale Zahl jetzt auch nicht nennen kann – aber sicher die weitaus kleinere Zahl –, die an sogenannter Altersschwäche allmählich immer weniger werden und dann zuhause einschlafen können. Die Notwendigkeit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus ergibt sich also aus dem Anliegen der Betroffenen wie der Angehörigen, daß dem plötzlich schwer erkrankten alten Menschen Hilfe zuteil wird in Richtung Heilung“ (P 24/34).

Im Hinblick auf Wünsche und Ängste kann die Stuttgarter Befragung zum Wunsch „zuhause oder in der vertrauten Umgebung zu sterben“ ausweisen, daß dies 79 % der Befragten mit „gute, liebevolle Betreuung“, 75 % mit „ehrliche Information über die Krankheit und den möglichen Verlauf“ sowie 71 % mit „jederzeit möglicher Besuch und Übernachtungsmöglichkeit von mir nahestehenden Personen“ erläuterten (P 25/120).

Umgekehrt beziehen sich die Ängste vor allem auf „langes Leiden und Schmerzen“ – mit 72 % die höchste Angabe –, die „Abhängigkeit von fremder Hilfe“ mit 56 %, „nicht sterben zu dürfen, weil medizinischen Intensivmaßnahmen ausgesetzt“ mit 52 %, „lieblos gepflegt zu werden“ mit 49 % und die Angst „vor dem Alleinsein“ mit 45 % (P 25/121).

Zu der am häufigsten genannten Angst „vor Schmerzen und langem Leiden“ bekundete der Sachverständige Prof. Tausch:

„Wir wissen, daß zum Beispiel die flüssige Opiat-Therapie heute in Deutschland bei vielen Sterbenden noch nicht angewendet wird, obwohl so viele Befunde dazu vorliegen“ (P 26/57).

Als Fazit bleibt mit dem Sachverständigen Prof. Tausch festzuhalten:

„Im Hinblick auf die Wünsche der Sterbenden, der Angehörigen und auch von einer realistischen bescheidenen Psychologie aus gesehen ist der Ort des Sterbens für die meisten Menschen „wirklich sehr bescheiden“ (P 26/58).

### 3. Sterbebedingungen außerhalb der häuslichen Umgebung

#### a) Befragungsergebnisse

Nach Angaben des Sachverständigen Prof. Tausch gehen die Befragungen der Sozialforschung dahin, „daß es eher deprimierend und schockierend für die meisten ist, wenig würdevoll, weitgehend unangemessen, die letzten Tagen oder Wochen mit einem Sterbenden intensiv zu leben. Aber das ist individuell abhängig“ (P 26/58) von vielfältigen menschlichen und äußeren Bedingungen in den stationären Einrichtungen, die unter IX. 3. b) und c) dargestellt werden.

Bei der im Jahre 1987 von der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. durchgeführten Befragung meinten auf die Frage „Wie ist Ihre Meinung: Können Stuttgarter Bürger ihre letzten Wochen und Tage vor ihrem Sterben in Würde und Frieden leben?“ 49 %, daß dies „kaum oder nicht möglich“ sei. Die Versorgung und die Betreuung Sterbender wurde dabei von 66 % als „unbefriedigend“ oder als „sehr unbefriedigend“ eingeschätzt (P 25/121).

Die dabei geäußerten Ängste korrelierten jedoch nicht oder allenfalls ihrer Tendenz nach mit den tatsächlichen Erfahrungen in stationären Einrichtungen. Auf die Frage: „Wenn Sie schon jemanden, der Ihnen näherstand, durch Tod verloren haben, wie war damals insgesamt die Versorgung und Betreuung?“ schätzten 35 % die Betreuung als „befriedigend“ ein, 18 % als „unbefriedigend“ und 7 % als „sehr unbefriedigend“. Nach Angaben der Zeugin Dr. Tausch-Flammer war bei den hinzugeschriebenen Bemerkungen der Befragten auffallend, daß bei „befriedigend“ zumeist das Sterben zuhause möglich war.

Dieses Ergebnis stimmt mit einer Untersuchung Giesener Wissenschaftler aus dem Jahre 1988 überein, die im Unterschied zur Stuttgarter Befragung nicht Angehörige, sondern Mitarbeiter in Krankenhäusern befragten. Danach äußerten 75 % von repräsentativ ausgewählten Mitarbeitern aus 70 Krankenhäusern in vier Bundesländern, daß „Sterben im Krankenhaus menschenunwürdig, belastend für Sterbende, Angehörige und die Helfer ist“. 62 % des Pflegepersonals äußerten, daß zu oft „lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen werden“ (Zeugin Dr. Tausch-Flammer, P 25/122).

#### b) Äußere Bedingungen

Nach den Erkenntnissen der Sozialforschung scheinen Intensivstationen in Krankenhäusern „am unangemessensten empfunden zu werden oder auf einer normalen Station das Zusammenliegen mit mehreren anderen, so daß kein persönlicher, intimer Kontakt mehr möglich ist“ (Sachverständiger Prof. Tausch, P 26/58).

#### aa) Räumliche Bedingungen

Zu den räumlichen Bedingungen im Krankenhaus einem Sterbenden beistehen zu können heißt es in der Stellungnahme des SM vom 16. Januar 1990:

„Im allgemeinen stehen den Krankenhäusern hierfür keine besonderen Räumlichkeiten zur Verfügung. Besondere Sterbezimmer sind auch im Interesse des Patienten abzulehnen. Die Krankenhäuser sind jedoch ebenso wie Pflegeheime bemüht, den Sterbenden allein in einem Zimmer unterzubringen. Dies ermöglicht den Angehörigen, dem Sterbenden ohne Störungen beizustehen . . . Jedoch geht das Sozialministerium davon aus, daß die Sterbebedingungen in den Krankenhäusern wie auch in den Pflegeheimen von Verwandten und Freunden nicht in allen Fällen als zufriedenstellend angesehen werden. In diesem Zusammenhang wird von Angehörigen teilweise auch bemängelt, daß ein Rooming-In nur selten angeboten wird“ (S.7).

Nach den Bekundungen der Zeugin Schneider-Klett finden Angehörige in der Regel in den Krankenhäusern keine Einzelzimmer vor, in denen sie bei ihren Angehörigen sein und sie auch begleiten können. Einzelzimmer sind zwar für jede Station vorgesehen, jedoch meist belegt oder als Isolierzimmer benutzt.

Die tatsächliche Raumsituation beschrieb die Zeugin wie folgt:

„Nichts im Krankenhausbetrieb weist deshalb, bezogen auf die Raumsituation, einen so hohen Improvisationsgrad auf wie gerade die Situation, für Sterbende entsprechende Zimmer zu finden. Es bleibt meistens der Gutwilligkeit – und da muß ich das Pflegepersonal hoch loben – und der Improvisationsfähigkeit des Pflegepersonals überlassen, bei den räumlichen Gegebenheiten dem Sterben auch noch eine Menschenwürde zu verleihen“ (P 25/141).

## bb) Zweckorientierter Krankenhausbetrieb

Neben den räumlichen Bedingungen wird von Angehörigen „es schon oft als sehr hinderlich angesehen, wie etwa in Krankenhäusern durch den dort notwendigen Betrieb die menschliche Kommunikation zu Sterbenden oft sehr stark behindert wird“ (Sachverständiger Adam, P 26/3). Die Kommunikation mit Sterbenden muß sich angesichts ihrer besonderen Wahrnehmungsfähigkeit nicht auf das Reden beschränken. Von fundamentaler Wichtigkeit ist es ebenso, wenn etwa einem Sterbenden jemand die Hand hält oder ihm etwas ins Ohr sagt, wobei es nicht darauf ankommt, daß der Sterbende schon im Koma liegt, also noch reagieren kann (P 26/5).

Darüber hinaus zeigen Aussagen wie

- „Angehörige fühlen sich in der Situation mit ihren Sterbenden oft abgeschoben; sie fühlen sich der Anonymität und Hektik des Krankenhausalltags ausgeliefert“ (Zeugin Schneider-Klett, P 25/141);
- „für die Mitarbeiter vor allem in Krankenhäusern wird die Einbeziehung der Angehörigen als störend, verunsichernd und insofern auch nicht sehr praktiziert erlebt“ (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/41; ähnlich: Zeugin Schneider-Klett, a. a. O.);
- „solche belastende Umstände, wie es sie eben in Krankenhäusern gibt . . . , sind dann im Effekt unmenschlich und gehen zu Lasten des Sterbenden und der Angehörigen, die ja dann weiterleben müssen mit dem Erlebnis, bloß noch einen Minimalkontakt mit dem Sterbenden gehabt zu haben oder vielleicht auch gar keinen mehr“ (Sachverständiger Adam, P 26/5)

eine „offene Wunde“ (Sachverständiger Adam, a. a. O.) im Krankenhausbetrieb oder mit der Zeugin Schneider-Klett provokativ ausgedrückt, „daß ein vertiefter zwischenmenschlicher Kontakt nicht in den Ablauf der hektischen Arbeitsroutine paßt“ (P 25/141).

Eine Situationsverbesserung bedarf besonderer Bemühungen, einerseits beim Pflegepersonal Verständnis für die Einbeziehung der Angehörigen zu wecken und andererseits den Pflegekräften auch Hilfen für die praktische Umsetzung zu geben:

„Entsprechende Fortbildungsangebote stehen noch ganz am Anfang, werden auch zunächst noch gar nicht akzeptiert. Anders ist die Situation in der Sozialstation, wo das ein Hauptthema ist, Einbeziehung der Angehörigen“,

bekundete der Sachverständige Dr. Schmidt (P 26/42).

## c) Menschliche Bedingungen im Krankenhaus

## aa) Kompetenz der Ärzte und des Pflegepersonals

Auch wenn der Krankenhausbetrieb – etwas systemimmanent – eine menschenwürdige Sterbebegleitung erschwert, so hängen doch die Sterbebedingungen „sehr entscheidend von den inneren Werthaltungen und Kompetenzen“ der Ärzte und Pflegepersonen, also von menschlichen Bedingungen im Krankenhaus, ab (Sachverständiger Prof. Tausch, P 26/59).

Angehörige, Besucher oder Betroffene erleben immer wieder distanzierte gestreßte oder weniger einfühlsame Ärzte und Schwestern. Auch wenn die Distanziertheit und Versachlichung in der Pflege mit der Zeugin Schneider-Klett gesprochen „weniger eine Art von Gefühlskälte darstellt als oft den verzweifelten Versuch, die eigene Angst oder auch die eigene Betroffenheit abzuwehren“ (P 25/143), so ist dies im Ergebnis für die Angehörigen eine enorme Belastung:

„Viele Angehörige erleben ja dieses Sterben ihres Freundes oder Familienangehörigen sowieso als Schock, wenn sie sich mit dem Tod

nicht auseinandergesetzt haben. Um diesen Schock einigermaßen überwinden zu können, ist es notwendig, daß sehr fürsorglich, liebevoll zugewandte Menschen dafür da sind“,

erläuterte der Sachverständige Prof. Tausch (P 26/59).

Zu den hierbei bestehenden Problemen tatsächlicher Art führte der Sachverständige aus:

„Aber für viele Ärzte ist es natürlich eine Überforderung. Man muß sich einmal vorstellen: da auf dem einen Zimmer liegt jemand, der hat eine Herz-Kreislauf-Schwäche, der zweite hat vielleicht eine Blinddarm- oder Magenentzündung, und nach einer dritten Tür liegen zwei Sterbende. Wenn er dann sofort so hintereinander wechseln soll, das ist absolut eine Überforderung. Das ist auch eine Überforderung, daß jeder Arzt und jede Schwester dazu fähig sein sollte. Es gibt sehr qualifizierte Ärzte in Diagnose und Therapie, denen ein Umgang mit Sterbenden relativ wenig gegeben ist.

Im Gegensatz dazu wurde das Pflegepersonal, insbesondere die Krankenschwestern, als seelisch eher zugewandt für Angehörige und für den Sterbenden empfunden. Häufig sind es ja auch die bedeutsameren Personen, weil sie mehr, zeitlich mehr mit dem Sterbenden zusammen sind“ (a. a. O.).

Bemerkenswert ist die vom Sachverständigen Prof. Tausch bekundete Erfahrung, „daß zum Beispiel in anthroposophischen Krankenhäusern (Anm.: zur anthroposophischen Werthaltung vgl. unter VII. 4. c) cc) eine ganz andere (Anm.: menschenwürdigere) Bedingung gegeben ist als in vielen sogenannten Normalkrankenhäusern“ (P 26/58).

#### bb) Kompetenz der Angehörigen

Die Sterbebedingungen hängen auch von den Angehörigen ab. Wenn sie sich wenig mit dem Sterben auseinandergesetzt haben, bedeutet es „in der Regel einen Schock“ (Sachverständiger Prof. Tausch, P 26/59) oder führt zumindest dazu, daß „viele Menschen im Umgang mit Sterbenden selbst unsicher und ängstlich sind“ (Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/35). Intensive Hilfe von anderen mit dem Ziel der „Entängstigung“ (Sachverständiger Dr. Schürholz, a. a. O.; sowie Zeugin Schneider-Klett, P 25/135) ist deshalb sehr notwendig. Indem man mit den Angehörigen spricht, man sie aufklärt, können sie das, was sie an dem Sterbenden erleben, nicht nur wahrnehmen, sondern auch verstehen. Wenn diese Hilfe nicht gegeben ist, werden die Angehörigen mit der Situation nicht fertig. Sie wissen nicht, wie sie mit dem Sterbenden reden sollen. Häufig ist dann Schweigen die einzige Möglichkeit, um die Situation zu bestehen. Die Angehörigen bekommen dann Ängste, die sich entweder auf den Sterbenden übertragen und für den Betreffenden keine Hilfe sind (P 24/35) oder führen dazu, daß die Angehörigen vermeiden, ins Krankenhaus zu gehen, so daß sich das medizinische Personal wiederum beklagt, die Angehörigen würden nicht zu dem Sterbenden kommen (Sachverständiger Prof. Tausch, P 26/59).

#### cc) Einstellung des Sterbenden

Die Qualität der Sterbebedingungen wird zu einem wesentlichen Teil vom Sterbenden selbst beeinflußt. Sterben ist ein individueller Vorgang, zu dem der Volksmund sagt: „Man stirbt, wie man gelebt hat“ (Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/36). Nach den Bekundungen des Sachverständigen Prof. Tausch gilt diese Aussage zwar nicht in jedem Fall,

„aber es gibt generell einen gewissen Zusammenhang, und es gibt zum Beispiel nachgewiesene Zusammenhänge, daß Menschen, die meditieren zum Beispiel, daß die leichter sterben können, oder es gibt Zusammenhänge, daß Menschen, die sehr geborgen sich im Glauben

fühlen, leichter sterben können, vorausgesetzt, sie glauben nicht an einen strengen, strafenden Gott. Dann ist es umgekehrt“ (P 26/64).

Entscheidend ist, ob die Sterbenden das Sterben akzeptieren können oder sich nie damit auseinandergesetzt haben, ob sie sich bis zur letzten Möglichkeit wehren oder ob sie zum Beispiel ein Patiententestament hinterlassen haben.

Die Bedeutung eines Patiententestamentes erläuterte der Sachverständige Prof. Tausch:

„Ärzte sind ja häufig hilflos. Sie sind eigentlich verpflichtet, unbedingt Leben zu erhalten und zu verlängern. Aber wenn sie wissen „da wird sowieso jemand sterben“, aber sie kennen jetzt die Botschaft des Sterbenden nicht, dann ist das eine furchtbare Situation. Und auch die Angehörigen, sind die wirklich kompetent, den Wunsch des Sterbenden zu erfüllen? Das ist eine sehr schwierige Situation, wenn etwa kein Patiententestament vorliegt“ (P 26/60).

Auf Nachfrage zum möglichen Regelungsgehalt von Patiententestamenten führte der Sachverständige weiter aus:

„Zum Beispiel, es gibt vorgedruckte Patientenverfügungen. Ich habe eine solche. Ich trage sie immer mit; denn ich weiß ja nicht, ob ich beschädigt werde. Da kann jeder genau deklarieren, was er haben möchte. Wie mir ein Juristenprofessor von der Medizinischen Fakultät München mitgeteilt hat: Ich kann darunter schreiben: Ich beauftrage meine Angehörigen, gegen jeden Arzt vorzugehen, der meinen Wünschen nicht Respekt leistet.

Das heißt: Ich möchte zum Beispiel, wenn zu erwarten ist, daß meine seelischen, körperlichen Fähigkeiten deutlich eingebüßt sind, dann möchte ich keine Reanimation haben zum Beispiel. Das kann ich klar vorher festlegen. Oder ich kann festlegen: Wenn ich Alzheimer habe, dann möchte ich nicht, wenn ich eine Lungenentzündung habe oder einen grippalen Infekt, ich möchte schmerzstillende Mittel, Fürsorge, aber ich möchte keine Lebensverlängerung. Ich möchte eines natürlichen Todes sterben. – Das kann jeder von uns erklären, bei sich tragen, dem Hausarzt geben und und und.

Das heißt, wir können nicht sagen „ich will das machen in dem Moment, wenn es dran ist“. Wir müssen es vorher tun“ (P 26/63; ähnlich: Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/51).

Entscheidend für die eigene Auseinandersetzung mit dem Sterben ist deshalb auch, daß der todkranke Patient gegenüber der Aufklärung über seinen Krankheitszustand nicht etwa abgeschirmt wird:

„Damit wird emotionale Anteilnahme und offene Bewußtheit der eigenen Situation verhindert, die auch nach den Ergebnissen entsprechender Untersuchungen Streßsymptome eher reduziert und Gesundheitswillen verstärkt“,

erklärte der Sachverständige Dr. Schmidt (P 26/42) und zog daraus die Konsequenz:

„Deshalb die Verstärkung allgemeiner Hilfen zur Auseinandersetzung mit Tod und Sterben sollte gerade auch im kirchlichen Raum mehr Aufmerksamkeit verdienen“ (a. a. O.).

#### 4. Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich des Umgangs mit Sterbenden

##### a) Ärztliche Ausbildung

Nach der Approbationsordnung für Ärzte ist der Umgang mit unheilbar Kranken und mit Sterbenden Gegenstand des dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung. Im Rahmen der Ausbildung auf den Stationen und im Hörsaal soll der Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen angesprochen und behandelt werden.

Zur neuen Ausbildungsordnung kritisierte der Zeuge Dr. Schwarz, daß die Ärzte „einige Fächer mehr bekommen haben, auch aus dem psychosozialen Kontext, die aber in dem wirklich großen Berg der anderen Fachgebiete untergehen“ (P 24/57). Ähnlich äußerte sich der Sachverständige Dr. Schmidt:

„Und Ärzte sagen dann persönlich auch, die haben den Eindruck, es (Anm.: das praktische Verhalten gegenüber Sterbenden) kommt eigentlich gar nicht so recht vor“ (P 26/51).

##### b) Ärztliche Weiterbildung

Nach Angaben des Sachverständigen Dr. Schürholz ist der Umgang mit Sterbenden ein Thema, „das auf ärztlichen Fortbildungen bewegt wird . . . Man muß einfach sagen: alles, was bisher war, war zu wenig. Aber es muß in der Weise verstärkt werden, was schon geht, das heißt über die Fortbildungen der einzelnen Berufsgruppen“ (P 24/47).

##### c) Ausbildung des Pflegepersonals

Nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege ist die Pflege und Begleitung des sterbenden Menschen Teil der Ausbildung. Darüber hinaus sollen Krankenpflegeschüler und -schülerinnen in der praktischen Ausbildung auf den Stationen Gelegenheit haben, Schwerstkrankenpflege mitzuerleben und gleichzeitig die Begleitung Sterbender zu erlernen.

Zur tatsächlichen Situation im praktischen Ausbildungsabschnitt bekundete der Sachverständige Dr. Schmidt:

„Krankenpflegeschülerinnen und -schüler klagen sehr oft, daß sie im Krankenhaus – nicht im Unterricht! – mit der Situation alleingelassen werden“ (P 26/51).

Dagegen kann die vor allem in den konfessionellen Ausbildungsstätten zwischenzeitlich angebotene theoretische Ausbildung als „wirklich qualifiziert“ (Sachverständiger Adam, P 26/20) bezeichnet werden. Diese Einschätzung wird durch das Ergebnis einer Befragung der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. im Jahre 1987 bestätigt, bei der insgesamt 300 sozialarbeiterisch und pflegend Tätige teilgenommen hatten:

51 % der Befragten gaben an, daß Sterben oder Tod kein Thema in der Ausbildung war und 59 % schätzten ihre Ausbildung insgesamt als „unbefriedigend oder sehr unbefriedigend“ ein. Dagegen beurteilten 80 % der 15 bis 19jährigen die Ausbildung in dieser Hinsicht als „gut“ (P 25/122).

Hinzu kommt, daß nach Angaben der Zeugin Dr. Tausch-Flammer Krankenpflegeschulen an die Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. mit dem Anliegen herantreten, Blockunterricht von mehreren Tagen zur Vorbereitung der Krankenpflegeschüler auf dieses Thema durchzuführen.



#### d) Berufsbegleitende Fortbildung des Pflegepersonals

Die Situation der berufsbegleitenden Fortbildung zum Thema Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden wurde bei der Stuttgarter Befragung noch schlechter als die Ausbildungssituation beurteilt. Danach schätzten lediglich 20 % der Befragten die berufsbegleitende Fortbildung als „befriedigend oder sehr befriedigend“ ein und nannten dabei Wünsche wie, „daß sie die Möglichkeit der eigenen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod haben möchten, daß sie sich mit anderen austauschen möchten über diese Erfahrungen, um damit nicht so allein und hilflos dazustehen, und sie möchten auch über psychologische, philosophische und religiöse Aspekte, die gerade beim Thema Sterben jedem begegnen, mehr sprechen und erfahren“ (Zeugin Dr. Tausch-Flammer, P 25/123).

Aufgrund Personalknappheit und der hohen Arbeitsbelastung werden Fortbildungsveranstaltungen und Seminare von den Pflegekräften „nicht mehr als hilfreich erlebt“, sondern „als zusätzliche Belastung“ empfunden:

„Dadurch schließt sich auch wieder ein Zirkel, daß man den beruflichen Anspruch, mit dem man sowohl als Arzt als auch als Pfleger angetreten ist, nämlich den Menschen individuell zu helfen, schon sozusagen dadurch nicht genügt, daß man in der Routine aufgeht und dann auch noch ein schlechtes Gewissen hat, Angebote, die es gibt im psychosozialen Kontext, dann auch wieder nicht anzunehmen“ (Zeuge Dr. Schwarz, P 24/57; ähnlich: Zeugin Schneider-Klett, P 25/144).

Für die Diözese Rottenburg bekundete der Sachverständige Adam, daß trotz „enormen Streß“ der Leute, die pflegerische Aufgaben haben“ (wegen der schlechten Arbeitsbedingungen: vgl. die Ausführungen unter VII. 1.), versucht wird, „nicht bloß in der Ausbildung, sondern auch in der Fort- und Weiterbildung, an diesem Punkt kompetent zu machen (Anm.: auch hinsichtlich menschlicher, psychologischer, religiöser Zurüstung) und sie auch ständig zu begleiten“ (P 26/8).

### 5. Stationäre Hospiz-Einrichtungen

#### a) Hospice-Care-Versorgungsangebote

Hospize sind Stätten des Lebens und der Begleitung von Menschen, die eine unheilbare Krankheit haben und die nach menschlichem Ermessen innerhalb eines absehbaren Zeitraumes sterben werden. Sie sind keine Stätten, wo Menschen nur zum Moment des Sterbens eingeliefert werden. Hospize sind auch keine Altenpflegeheime, wo Menschen Jahre verbringen. Sie sind „auch keine Orte der aktiven oder passiven Sterbehilfe, sondern im Gegenteil die Patienten in Hospizen in England haben nicht diese Wünsche, da sie sich gut begleitet fühlen und schmerzfrei sind“ (P 25/167).

Das Hospiz ist das stationäre Element innerhalb der von der angelsächsischen Hospice-Care-Bewegung entwickelten Betreuungskonzepte. Diese umfassen sowohl die medizinisch-pflegerischen Belange als auch die seelisch-geistigen Wünsche und Bedürfnisse der schwerkranken und todkranken Patienten.

Hospice-Care-Versorgungsangebote werden maßgeblich durch folgende Kriterien (P 25/167) bestimmt:

#### – Patientenzentrierte Betreuung

Stationäre Versorgungsangebote sind am Bedarf und den Wünschen des Patienten orientiert, zum Beispiel 24-Stunden-Verfügbarkeit der angebotenen Dienste, Herstellung einer heimischen Atmosphäre;

- Symptomkontrollierende Schmerztherapie  
Da bei den unheilbaren Patienten in erster Linie eine Linderung der Beschwerden angezeigt ist, konzentriert sich die medizinische Therapie auf die Verbesserung der Lebensqualität;
- Ambulante Betreuung  
zum Beispiel Unterstützung der Familie bei der häuslichen Versorgung des Patienten, psychosoziale Stützung der Angehörigen, Hinterbliebenenbetreuung (vgl. hierzu die Darstellung unter IX. 7. und 8.);
- Fortbildungsauftrag  
Der Fortbildungsauftrag bezieht sich auf die Vermittlung spezieller medizinisch-pflegerischer Techniken und berücksichtigt mit einem psychosozialen Betreuungsangebot die besonderen seelischen Belastungen des Personals und der Angehörigen, die sich durch die Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden ergeben.

#### b) Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland sind folgende Einrichtungen bekannt, die eine am Hospice-Care-Prinzip orientierte Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten anbieten:

- Station für palliative Therapie, Köln  
Diese in die Chirurgische Universitätsklinik Köln integrierte, im Jahr 1983 gegründete 5-Betten-Station betreut ausschließlich inkurable krebskranke Patienten. Auf der Station arbeiten sechs Krankenpflegekräfte, eine Ärztin, in Teilzeitarbeit ein Anästhesist und eine Sozialarbeiterin sowie drei ehrenamtliche Helferinnen. Die Aufenthaltsdauer der Patienten liegt zwischen einem Tag und 137 Tagen, im Durchschnitt bei zirka 24 Tagen.  
Ein angegliederter Hausbetreuungsdienst unterstützt im Bedarfsfall nach der Entlassung des Patienten die häusliche Betreuung in Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Sozialstationen. Weiterhin ist der Station für palliative Therapie ein Bildungsforum „Chirurgie“ angegliedert, das zur Aufgabe hat, die Erfahrungen weiterzugeben, die auf der Station und bei der Hausbetreuung in der Behandlung, Pflege und Begleitung schwerkranker Krebspatienten gewonnen wurden.
- Hospiz Haus Hörn, Aachen  
In dieser Hospiz-Einrichtung mit 51 Betten werden hauptsächlich unheilbare Krebspatienten und neurologische Patienten betreut. Die Einrichtung wird im Charakter eines Pflegeheimes geführt; die medizinische Versorgung erfolgt durch den jeweiligen Hausarzt. Der Pflegepersonalschlüssel beträgt 1 : 1,8 (Zeuge Dr. Türks, P 24/76); zusätzlich ist eine Psychologin für Supervision in der Einrichtung tätig (P 24/81). Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten beträgt 3 bis 5 Monate (P 24/82). Der tägliche Pflegesatz lag im Mai 1990 bei 170 DM.  
Auf die Frage nach der Finanzierung der Betriebskosten erklärte der Zeuge Dr. Türks:  
„Wir bekommen keinen Pfennig von den Krankenkassen. In England und in den USA ist es so, daß solche Hospize inzwischen Zuschüsse bekommen von den Krankenkassen, von der Krebshilfe und von anderen Verbänden ähnlicher Art . . . Ich hoffe, daß wir es noch erleben, daß wir auch den Krankenkassen beweisen, daß wir eigentlich billiger sind. Man kann vielleicht auch von Fall zu Fall mit Hilfe der Ärzte durchargumentieren, daß es sich lohnen würde, auch für das Hospiz Kosten zu tragen. Ich hoffe, daß das gelingt“ (P 24/85).

– Station für palliative Therapie, Robert-Janker-Klinik, Bonn

Diese Einrichtung umfaßt sechs Betten. Sie wird geleitet von einem Anästhesisten, dem sechs examinierte Krankenpflegekräfte sowie zusätzlich eine Sozialarbeiterin und ein Physiotherapeut zur Verfügung stehen. Die Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt bis zu 110 Tage; die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 23 Tagen.

– Hospiz Zum Hl. Franziskus e. V., Recklinghausen

Dieses Hospiz versteht sich als ambulante Einrichtung. Es gilt als Unterabteilung der Sozialstation des Caritas-Verbandes. Bis zu acht sterbensranke Menschen können die angebotenen Räumlichkeiten anmieten.

In der Einrichtung sind 10 hauptamtliche Kräfte und darüber hinaus Praktikanten und Zivildienstleistende tätig. Jedem Patienten stehen dementsprechend zwischen 1,5 und 2 Pflegekräfte zur Verfügung, die durch zahlreiche ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützt werden. Die Schmerztherapie wird in erster Linie durch niedergelassene Ärzte, nach Möglichkeit durch den jeweiligen Hausarzt, geleistet. Die Einrichtung betreut zu 90 % Tumorpatienten im Finalstadium. Die Altersstruktur reicht von 23 bis 88 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt zirka sechs bis acht Wochen.

Von den genannten Einrichtungen erfüllt im engeren Sinne lediglich die Station für palliative Therapie an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln durch den angeschlossenen Hausbetreuungsdienst und die Fortbildungseinrichtung die Kriterien des klassischen angelsächsischen Hospizes. Das Hospiz Zum Hl. Franziskus e. V. Recklinghausen plant, eine solche häusliche Versorgung künftig ebenfalls anzubieten.

Baden-Württemberg verfügt nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 10) nicht über entsprechende Hospiz-Einrichtungen; es sind jedoch mehrere ambulante Hospiz-Dienste bekannt (vgl. hierzu die Ausführungen unter IX. 7.).

c) Haltung der Kirchen zu stationären Hospiz-Einrichtungen

Aus der Sicht der Kirchen werden Hospize „als Einrichtung im Konzept durchaus begrüßt“ (Sachverständiger Adam, P 26/9) bzw. als Notwendigkeit angesehen „hier und da solche Einrichtungen zu schaffen“ (Sachverständiger Dr. Schmid P 26/49).

Übereinstimmend schätzten die Kirchenvertreter den möglichen Versorgungsumfang von Hospizen lediglich als gering ein, da allenfalls „eine Randpopulation“ (Sachverständiger Dr. Schmidt a. a. O.) angesprochen werde und die Last der Sterbebegleitung beim Personal der Krankenhäuser und der Altenpflegeheime bleiben werde (Sachverständiger Adam, a. a. O.).

Daneben sahen beide Kirchenvertreter erhebliche Gefahren bei der Schaffung von Hospizen:

„Wenn es aber Hospize gibt – dafür sind manche Pflegeheime heute ein Beweis –, dann ist die Tendenz, diese Zielsetzung aus dem Krankenhaus draußen zu halten, natürlich noch größer. Dann werden alle versuchen – das weiß man von geriatrischen Kliniken auch nachweisbar –, alle Leute, die auch nur in den Geruch kommen, irgendwie dem Sterben näher zu sein, abzuschieben“,

bekundete der Sachverständige Dr. Schmidt (P 26/49; ähnlich: Sachverständige Dr. Schürholz, P 24/42, und Adam, wobei letzterer davor warnte, das Hospiz nicht zum Alibi zu machen, P 26/9).

## 6. Sterbebegleitung in Krankenhäusern und Pflegeheimen

### a) Angemessene Räumlichkeiten

Nach Angaben des Zeugen Dr. Schwarz wird in Krankenhäusern als „angemessen“ oft empfunden, wenn dem Sterbenden ein eigenes Zimmer zur Verfügung steht. Aus der Sicht des Betreuers, der weiß, daß sterbende Menschen und auch schwerkranke Menschen eigentlich die größte Angst davor haben, allein zu sein, isoliert zu sein, ist das sicher nicht genügend“ (P 24/54).

Angemessene Räumlichkeiten sollten deshalb so zur Verfügung stehen, daß ständig eine Begleitperson beim Sterbenden bleiben kann (Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/34, und Zeuge Dr. Schwarz, P 24/54).

Nach Auffassung der Zeugin Schneider-Klett wäre als Forderung aufzustellen:

„in das Raumbedarfsprogramm für Krankenhäuser einzubeziehen, daß auf jeder Station ein Zimmer für solche Situationen ausgewiesen wird. Das Zimmer sollte auch nicht zu nüchtern gestaltet werden wie die normalen Krankenzimmer (Anm.: „sondern ein Raum zum Leben sein“, so Sachverständiger Prof. Tausch, P 26/67). Man hat es geschafft, die sanfte Geburt im Krankenhaus einzuführen; wir müssen es auch schaffen, das „sanfte Sterben“, wenn man davon reden kann, zu erreichen, jedenfalls das Sterben von den Räumlichkeiten her humaner zu gestalten“ (P 25/142).

### b) Sterbebegleitung erfolgt durch

#### aa) Angehörige

Aus seiner Arbeit mit Krebskranken berichtete der Zeuge Dr. Schwarz, daß die Angehörigen „oft gar nicht in der Lage sind“, sich um ihre sterbenden Familienmitglieder zu kümmern. Vielmehr sind seinen Angaben zufolge die Angehörigen mindestens so betreuungsbedürftig wie die Patienten selber:

„Oft ist es wichtig, die Angehörigen vor einer Art Überforderungssyndrom zu schützen, das heißt man muß als Betreuer dafür sorgen, daß sie auch nicht zu sehr einsteigen. Die Erfahrung ist, daß die Familien erst einmal sehr zusammenrücken, sozusagen die Kräfte versammeln und für den erkrankten älteren Menschen oder Krebskranken alles tun, was möglich ist. Oft ist aber nicht absehbar, wie lange eine solche Betreuung dauert, und dann tritt sehr rasch genau das Gegenteil ein; dann hat man das Gefühl, daß die Angehörigen ihre Kranken vernachlässigen. Dann setzt ein gewisser moralischer Druck von seiten der Krankenstationen und von seiten der Umgebung ein, sie mögen sich doch wieder etwas mehr engagieren. Aber sie sind dazu gar nicht in der Lage“ (P 24/55).

Deshalb müßten die Angehörigen in der Arbeit der Sterbebegleitung unterwiesen und unterstützt werden. Dies erfordert jedoch Leute, die sie unterweisen können.

#### bb) Pflegepersonal

Aufgrund den geltenden Personal-Anhaltzahlen und den damit bedingten Zeit- und Überforderungsgründen sind Krankenschwestern und Pfleger kaum für eine Sterbebegleitung in der Lage (Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/36, und Zeugin Schneider-Klett, P 25/145).

Aufgrund fehlenden Personals werden „für diesen Bereich gern Laienherf herangezogen, obwohl sie aber oft ausbildungsmäßig nicht den ent-

sprechenden Background haben. Man unterstützt das gern; man glaubt, es ist dem Menschen in die Wiege gelegt, sich mit Armen, Kranken und Alten zu befassen. Das Gegenteil ist der Fall. Die Tendenz, die man (Anm.: auch bei wissenschaftlichen Untersuchungen) beobachten kann, ist, daß gerade um Alte und Kranke große Bögen gemacht werden“, kritisierte der Zeuge Dr. Schwarz (P 24/56).

#### cc) Sozialdienst in den Krankenhäusern

Zu den originären Aufgaben der Sozialdienste gehört die Sterbebegleitung nicht. Dennoch berichtete die Zeugin Schneider-Klett, daß Sozialarbeiter in Krankenhäusern dort Sterbebegleitung bei Alleinstehenden machen, „wo sich über die Länge der Erkrankungszeit eine berufliche Beziehung entwickelt hat. Sozialarbeit im Krankenhaus sieht bei dem Thema Sterben so aus, daß Sterbende und Angehörige in praktischen Dingen begleitet und beraten werden, die das Sterben und die Situation von Angehörigen auch erleichtern können“ (P 25/145).

#### dd) Krankenhausseelsorge

Ungeachtet der Zugehörigkeit eines Krankenhauses zu einem bestimmten Träger ist die seelsorgerische Betreuung sowohl in den Krankenhäusern als auch in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe möglich.

Für die Diözese Rottenburg–Stuttgart bekundete der Sachverständige Adam, daß die „für alle größeren Krankenanstalten fest vom Bischof bestellte Krankenseelsorge... nicht bloß pfarrer- oder seelsorgerzentriert ist,“ sondern ganzheitlich versucht, „die Leute anzunehmen und auch zu respektieren“ (P 26/16).

Zur Bedeutung der Krankenhausseelsorge erklärte der Sachverständige:

„Auch jemand, der lange krank ist, aber der lange vorher sich mit seiner Kirche nicht besonders intensiv verbunden gefühlt hat, der wird nicht automatisch dadurch, daß er jetzt krank ist, ein frommer Mensch. Wenn ein Seelsorger das feststellt, wird er das respektieren... Die Kranken wollen, suchen, sehnen sich nach menschlicher Solidarität, und wenn ein Seelsorger ihnen so begegnet und dabei auch den Respekt wahrt und ihre persönlichen Einstellungen respektiert, dann wird der Priester angenommen. Das geht auch über die Konfessionen hinweg (P 26/17) ...

... die ganze Bedrängnis fundamentaler Fragen wird oft nicht artikuliert. Die muß man eben auch erspüren können und dann in einer taktvollen und hilfreichen Weise mit so einem Menschen auch umgehen. Das muß man lernen. Das ist nach wie vor eine vornehme, eine wichtige Aufgabe der Krankenseelsorge“ (P 26/18).

#### ee) Ehrenamtliche Sitzwachen

Die Betreuung insbesondere alleinstehender Sterbender wird oftmals auch von ehrenamtlichen Helfern, die sogenannten Sitzwachen-Gruppen angehören und die engen Kontakt zu Krankenhäusern und Pflegeheimen unterhalten, geleistet. In den Stuttgarter Sitzwachen-Gruppen sind zirka 300 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig, wobei die Bindung an ein bestimmtes Alten- oder Pflegeheim ein wichtiges Prinzip der Sitzwachen-Gruppen ist. Der Einsatz der Sitzwachen-Gruppen erfolgt überdies nur in Absprache mit den Sterbenden bzw. deren Angehörigen. Die Zeugin Schneider-Klett berichtete, daß Pflegeheime in Stuttgart mit den Sitzwachen „sehr gute Erfahrungen gemacht haben, wenn die Helfer tatsächlich zu den Sterbenden in die Häuser kommen und sie begleiten“ (P 25/145).

## 7. Ambulante Hospizdienste

### a) Zahlreiche Initiativen

Im Verlauf der letzten fünf Jahre sind bundesweit zahlreiche Gruppen und Interessengemeinschaften zur verbesserten Versorgung von Sterbenden und Schwerkranken entstanden, die auch eine vermehrte häusliche Betreuung der Patienten unterstützen. Nach Kenntnis der Zeugin Dr. Tausch-Flammer ist darüber hinaus in Baden-Württemberg „sehr viel im Entstehen“ (P 25/123). Folgende Initiativen sind derzeit bekannt:

#### aa) Arbeitsgemeinschaft „Hospiz-Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“, Stuttgart

Im Rahmen dieser Initiative der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. wird auf Gemeindebasis mit 2 hauptamtlichen Fachkräften und 30 geschulten Laienhelfern (P 25/124) gezielt die häusliche Betreuung Sterbender und die Begleitung der Trauernden unterstützt. Diese Hilfe wird „unabhängig von der Diagnose der Erkrankung und unabhängig vom Alter“ (Zeugin Dr. Tausch-Flammer, P 25/123) geleistet. Der Stuttgarter Hospizdienst bietet außerdem entsprechende Fortbildungsveranstaltungen und einen telefonischen Beratungsdienst an. Der Aufbau einer stationären Einrichtung mit 12 Betten ergänzt durch eine Tagesklinik ist geplant. Nach Ansicht der Zeugin Dr. Tausch-Flammer wird dabei „wichtig“ sein, „daß der ambulante Dienst mit im Hause sowie eine Schmerzambulanz und ein Bildungszentrum als ein Ort der Weiterbildung und der Begegnung dabei“ sind (P 25/132).

Der praktische Einsatz sieht derzeit so aus, daß der erste Kontakt mit der Dienststelle der Arbeitsgemeinschaft häufig durch einen Telefonanruf der Diakoniestation oder eines Angehörigen stattfindet. Nach diesem telefonischen Erstkontakt besucht eine der beiden Fachkräfte den Betroffenen, um abzuklären, welche Hilfen nötig sind, und die freiwilligen Helfer einzuteilen:

„Wir versuchen es so, daß möglichst nur ein freiwilliger Helfer in eine Familie geht; aber wenn es mehrere Tage sind, die wir abdecken müssen, werden auch mehrere freiwillige Helfer für eine Familie eingesetzt. Wir haben im letzten Jahr mit 18 freiwilligen Helfern 29 Familien in der Zeit des Sterbens und der Trauer – und die Zeit der Trauer ist für mich sehr wichtig – begleiten können. Das Durchschnittsalter der Patienten war 65 Jahre, die jüngste Patientin war 34, die älteste 97 Jahre. Die Dauer der Begleitung reichte von einer Nacht bis zu mehr als einem Jahr“,

berichtete die Zeugin Dr. Tausch-Flammer (P 25/125).

Den Personenkreis der freiwilligen Helfer beschrieb die Zeugin wie folgt:

„Die Altersspanne der freiwilligen Helfer ist ungefähr zwischen 30 und 72 Jahren. Ich wollte keine Altersgrenze nach oben setzen. Die Berufe sind sehr unterschiedlich: Schneiderin, Sekretärin, Ärztin, ein ehemaliger Priester, also eigentlich ganz gemischte Gruppen. Es sind mehr Frauen. Unter diesen 30 freiwilligen Helfern sind 3 Männer. Etwa 40 % sind voll berufstätig, die anderen halb oder gar nicht. Ich achte auch darauf, daß es weniger Vollberufstätige sind, weil ich sie zum Einsatz brauche. Die freiwilligen Helfer haben sich bereiterklärt, zwei Jahre mitzuhelfen und ungefähr 6 bis 8 Stunden in der Woche mitzuarbeiten. Ich achte darauf, daß diese Bereitschaft da ist, auch darauf, daß sie bereit sind, Nachtwachen zu machen“ (P 25/131).

Auf die Frage nach etwaigen persönlichen Voraussetzungen für die Tätigkeit als hauptamtlicher oder freiwilliger Helfer meinte die Zeugin Dr. Tausch-Flammer:

„Es sind weniger berufliche Voraussetzung wichtig als vielmehr persönliche Voraussetzungen, die wir haben (Anm.: ebenso Sachverstän-

diger Prof. Tausch, P 26/65). Da ist ganz wichtig, daß sowohl Freiwillige wie auch Berufliche bereit sind, sich mit ihrem Sterben auseinanderzusetzen . . . Von daher ist für mich eine ganz wichtige Voraussetzung: Ich begleite Sterbende, auch weil ich davon lerne. Ich gebe dem anderen etwas, aber ich lerne etwas für mein Leben, ich verändere meine Werte. Ich meine also, die Offenheit zur eigenen Auseinandersetzung, die Offenheit zur Begegnung. Und dann, denke ich, ist es wichtig, daß wir andere Menschen so annehmen können, wie sie sind, daß wir sie nicht noch verändern wollen, sondern daß wir lernen, andere wirklich anzunehmen. Es ist gerade in dieser Zeit wichtig, daß wir jemanden nicht noch verändern wollen und ihn auf einen „idealen Sterbenden“ zurechtbiegen wollen, sondern daß wir jedem seinen eigenen Tod lassen. Das, denke ich, sind die wichtigsten Persönlichkeitsmerkmale“ (P 25/130).

Auf die Frage, wie freiwillige Helfer für den Bereich der Sterbebegleitung gewonnen werden können, betonte die Zeugin Dr. Tausch-Flammer:

„Ich glaube, es ist wichtig, daß wir freiwilligen Helfern wirklich diese ‚Gegenwährung‘ (Anm.: des eigenen seelischen Wachstums) geben. Dann ist es nicht schwer, freiwillige Helfer zu gewinnen. Wir haben keinen Aufruf gemacht, wir haben einfach nur in der Zeitung, im Rundfunk darüber berichtet, und es haben sich eigentlich sehr viele Menschen gemeldet.

Ich denke, so können wir das auf Landesebene verwirklichen mit der Schulung von freiwilligen Helfern. Das bedeutet natürlich, daß wir erst einmal Multiplikatoren schulen, die das weitertragen. Ich sehe es aber als eine sehr wichtige Aufgabe auch der Gemeinden an. Für mich ist ein Schlagwort, daß wir als Gemeinde zum Hospiz werden, daß wir für den anderen, den Sterbenden, eine Herberge sein können, einfach indem wir nicht wegrennen, sondern die Kraft haben, dazubleiben. Ich denke, daß das durch gute Schulung und die Weiterbegleitung wirklich nur die geringste Schwierigkeit ist“ (P 25/128).

bb) Hospiz-Initiative des DRK-Kreisverbandes, Ludwigsburg

Der DRK-Kreisverband Ludwigsburg sieht in der Hilfestellung für pflegende Angehörige eine wichtige Aufgabe und bietet zur Unterstützung der Pflegenden bei der häuslichen Betreuung entsprechende Gesprächskreise an.

cc) Christophorus Haus, Frankfurt/Main

Wesentliche Ziele des Christophorus Hauses sind, die Lebensqualität Krebsbetroffener in ihrer schwierigen, oft isolierten und belasteten Lebensphase zu erhalten und soweit möglich zu verbessern. Mit Unterstützung von Ärzten, Krankenschwestern, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und Seelsorgern soll insbesondere die Möglichkeit eröffnet werden, rehabilitiert zu werden, symptombefreit und insbesondere schmerzfrei zu leben, zu Hause gepflegt zu werden und umsorgt zu Hause sterben zu können. Im häuslichen Dienst sind zur Zeit fünf Schwestern, zirka 15 Honorarschwestern, 2 Sozialarbeiter, 2 Psychologen und etwa 10 ehrenamtliche Helfer tätig. Der ambulante häusliche Dienst wird ergänzt durch eine Tagesklinik mit zwei Betten. Der Aufbau einer stationären Klinik insbesondere auch zur stationären Behandlung terminaler Krebspatienten ist geplant.

dd) Arbeitsgruppe „Zu Hause sterben“, Hannover

Schwerpunkt dieser Arbeitsgruppe an der Evangelischen Fachhochschule Hannover ist die unmittelbare Betreuung Sterbender und Trauernder. Weiterhin werden umfangreiche Informationsmaterialien für die häusliche Be-

treuung Sterbender herausgegeben und Ausbildungen für berufliche und freiwillige Helfer angeboten.

ee) OMEGA – Mit dem Sterben leben e. V., Hannover-Münden

Der bundesweit wirkende Verein arbeitet auf ehrenamtlicher Basis und bietet in der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Sterbebegleitung insbesondere auch Seminare für Laienhelfer und professionelle Kräfte zur Stärkung von Hausbetreuungsdiensten für Schwerkranken und Sterbende an.

ff) Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V., Bingen/Rhein

Zielsetzung dieser Gesellschaft ist es, durch umfassende Fortbildungskurse und Seminare zum Thema Sterbebegleitung dazu beizutragen, die Lebens- und Versorgungssituation Schwerkranker und Sterbender zu verbessern. Über 10 000 Teilnehmer aus den verschiedensten Berufsgruppen haben bislang an dem Fortbildungsangebot der 1986 gegründeten Gesellschaft teilgenommen.

b) Schulung der freiwilligen Helfer

Die freiwilligen Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste werden auf ihre Aufgaben in unterschiedlicher Form, beispielsweise im Rahmen von Grund- und Aufbaukursen, Wochenendseminaren oder Lehrgängen vorbereitet. Zur Schulung der freiwilligen Helfer durch den Stuttgarter Hospizdienst berichtete die Zeugin Dr. Tausch-Flammer:

„Diese Schulungen sehen so aus, daß ein 60stündiges Einführungsseminar stattfindet, bestehend aus einem Wochenende, wobei besonders die eigene Auseinandersetzung mit dem Sterben im Vordergrund steht, theologische Aspekte besprochen werden, Informationen über den Hospizgedanken, über Krebs, über Trauer vermittelt werden, daß da ein Grundwissen vorhanden ist. Das Einführungsseminar schließt mit einem weiteren Wochenende ab, so daß sich die Gruppe auch wirklich als Gruppe zusammenfinden kann, die sich in der Zeit der Begleitung auch wirklich unterstützt. Die Gruppe der freiwilligen Begleiter trifft sich dann alle 2 bis 3 Wochen für 3 Stunden zur Supervision, zur Fortbildung und zum Austausch. Ich denke, wenn wir mit Freiwilligen arbeiten, ist es sehr wichtig, daß wir sie weiter begleiten und daß wir sie unterstützen, daß wir ihnen sozusagen ihren Dienst in einer anderen Währung wiedergeben“ (P 25/124).

c) Finanzierung der Hospizdienste

Die Finanzierung der Dienste erfolgt nach Angaben des SM (Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 14) nur zu einem geringen Teil durch Kassenleistungen. Die überwiegende Finanzierung erfolgt durch die Einwerbung von Spendenmitteln oder Zuschüssen – vor allem der Deutschen Krebshilfe oder privater Initiativen – und durch die Träger der Einrichtungen.

Zur Finanzierungssituation des Stuttgarter Hospizdienstes bekundete die Zeugin Dr. Tausch-Flammer (P 25/126), daß die beiden hauptamtlichen Stellen während der ersten drei Jahre als Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen weitgehend über das Arbeitsamt finanziert wurden. Für die zwischenzeitlich als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme ausgelaufene Stelle gewährt die Stadt Stuttgart eine 60 prozentige Unterstützung für den Einsatz und die Schulung der freiwilligen Helfer. Ferner hat der Hospizdienst vom Diakonischen Werk Spenden erhalten, so daß im Jahr 1989 ein Rest von 40 000 DM verblieb, der von den drei Trägern der Arbeitsgemeinschaft abzudecken war.



Auf die Frage, welche finanziellen Erwartungen sie an das Land habe, meinte die Zeugin:

„Ich denke, es sind sehr viele Gruppen im Entstehen: Gruppen, die sich bilden, in denen Menschen engagiert sind, die etwas tun möchten. Ich wünsche mir, daß da eine finanzielle Unterstützung entsteht“ (P 25/133).

#### d) Ergänzung der Hospiz-Initiativen in Baden-Württemberg

Im Rahmen des Aktionsprogramms Krebsbekämpfung der Landesregierung wird der Krebsverband Baden-Württemberg e. V. mit Unterstützung des Sozialministeriums ab 1990 ausgewählte Modellprojekte finanzieren, deren Zielsetzung in der vermehrten häuslichen Versorgung schwerkranker und sterbender Tumorpatienten liegt. Angestrebt wird hierbei – bei unterschiedlichen Versorgungsansätzen (vgl. SM, Häusliche Betreuung schwerkranker Tumorpatienten, S. 26 f.) – auch eine erweiterte und verbesserte Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Hausärzten, Sozialstationen und Laienhelfergruppen.

Das Sozialministerium geht davon aus, daß diese Modellprojekte „eine wichtige Ergänzung und Stärkung der Hospiz-Initiativen in Baden-Württemberg darstellen. Beispielsweise wird das bereits zur Förderung empfohlene Projekt am onkologischen Schwerpunkt Stuttgart in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft ‚Hospiz – Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen‘ der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. durchgeführt werden“ (Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 14).

#### e) Sterbebegleitung durch Sozialstationen

In Baden-Württemberg ist die Begleitung Sterbender und die Unterstützung ihrer Angehörigen auch eine Aufgabe der Sozialstationen (zum normativen Aufgabenbereich und zum tatsächlichen Leistungsangebot: vgl. die Ausführungen unter V. 3. a). Insbesondere die Sozialstationen in kirchlicher Trägerschaft nehmen sich entsprechend ihrem eigenen Selbstverständnis dieser Aufgabe seit Jahren mit großem Engagement an. So haben nach Angaben der Landesregierung (Drucksache 10/2158) die Mitarbeiter der Sozialstationen im Jahr 1987 in nahezu 2,5 Millionen Fällen begleitende Lebenshilfe geleistet, wozu auch die Sterbebegleitung gehört.

### 8. Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger

Über die Zahl der in Baden-Württemberg tätigen Selbsthilfegruppen von Angehörigen, die ihre todkranken Verwandten zuhause betreuen, liegen keine Angaben vor. Die Beweisaufnahme ergab, daß Selbsthilfegruppen im strengen Wortsinn, das heißt Gruppen, die völlig auf sich selbst gestellt sind, kaum bekannt sind (u. a. Sachverständiger Adam, P 26/6). Lediglich „vereinzelt haben sich solche Selbsthilfegruppen auch aus den Hauspflegeseminaren oder Angehörigengruppen entwickelt, die von oder auch in Zusammenarbeit mit Sozialstationen und Kirchengemeinden angeboten werden“ (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/42).

Meistens bilden sich solche Gruppen nur, wenn Sozialstationen, ambulante Hospizdienste oder andere caritative Vereine die Gruppenarbeit zur Begleitung von Angehörigen Schwerstkranker anbieten. Die Nachfrage nach derartigen Angeboten schwankt nach Angaben der Zeugin Dr. Tausch-Flammer zwischen „großer Nachfrage“ und „keine Anmeldung“ (P 25/126). Mangelnde Nachfrage führte die Zeugin darauf zurück, daß

„es auch schwer ist, daß Angehörige sich in dieser Zeit freinehmen. Sie müssen dann ja auch immer jemanden haben, der bei dem Erkrankten bleibt, und das ist zu organisieren. Ich glaube auch, daß viele Angehörige in dieser Zeit gerne auch einmal etwas ganz anderes machen“ (P 25/127).

Zur Bedeutung der Angebote seitens der Sozialstationen bekundete der Sachverständige Adam für die Diözese Rottenburg–Stuttgart:

„Beim Caritas-Verband für Stuttgart wird das über die Sozialstationen sehr intensiv betrieben, die Gruppenarbeit zur Begleitung von Angehörigen Schwerstkranker, die dann auch fortgesetzt wird nach dem Tod der Angehörigen, ...

Das wird von uns sehr ernst genommen, und wir legen auch großen Wert darauf in der Ausbildung unseres Personals für die Sozialstationen, weil ja ein großer Teil der schwerstkrank sterbenden Patienten wohl in Zukunft wieder mehr in den ambulanten Bereich, das heißt in die häusliche Krankenpflege, zurückkehren wird und damit die Sozialstationen mit ihrem Pflegepersonal eine ganz wichtige Aufgabe übernehmen. Das gehört für uns ganz selbstverständlich dazu“ (P 26/6).

Für die evangelische Landeskirche Baden erklärte der Sachverständige Dr. Schmidt hierzu:

„Es steht noch relativ am Anfang; aber es wird als Aufgabe zunehmend gesehen. Es ist zu begrüßen, daß die Hauspflegeseminare von seiten der Landesregierung zu den Aufgaben der Sozialstationen gerechnet werden. Aber eine Verstärkung vor allen Dingen im Blick auf die Begleitung Sterbender wäre wünschenswert. Sie setzt aber auch eine entsprechende Weiterbildung der Mitarbeiter voraus. Und für die Fortbildung geschieht viel zu wenig in diesem Bereich.

Auch Kirchengemeinden bieten verstärkt Seminare zum Thema ‚Sterbende begleiten‘ an. ‚Die Pflege der Pflegenden‘, wie das gelegentlich genannt wird, nämlich der Angehörigen, gehört zu den vordringlichen Themen in der Sozialstation. Wenn nach den Plänen der Landesregierung Vermittlungs- und Beratungsfunktionen stärker an Sozialstationen angebunden werden sollen, läge hier unseres Erachtens eine wichtige Aufgabe dieser Mitarbeiter“ (P 26/43).

Zur Bedeutung der Gruppenbildung für die Trauernden erklärte die Zeugin Dr. Tausch-Flammer aus wissenschaftlicher Sicht:

„Es ist sehr wichtig, daß sich Gruppen für Trauernde bilden. Aber da würde ich nicht sagen, daß es nur Selbsthilfegruppen sein sollten, sondern auch angeleitete Gruppen, damit die Trauer nicht zu schwer und nicht zu depressiv wird. Das wäre sehr wichtig, denn wir wissen ja auch, daß der Tod eines Lebenspartners das größte Lebensrisiko darstellt. Ich glaube, wir müssen etwas für die Trauernden tun. Wenn wir Angehörige vorher begleiten, kann das schon ein Stück vorweggenommener Trauer sein“ (P 25/127).

Die entscheidende Bedeutung „einer fachlich qualifizierten Begleitung“ hob auch der Sachverständige Dr. Schmidt aufgrund der Erfahrungen bisheriger Gruppen hervor:

„Man kann die Sache nicht einfach auf Ehrenamtliche, die sich vielleicht sogar bereiterklären, abschieben. Hier kommen Psychologen, Sozialarbeiter, auch Seelsorger je mit besonderer Kompetenz in Betracht. Damit stellt sich aber auch die Frage ihrer Förderung. Nach unseren Beobachtungen wird sich die erfreuliche Aktivität von der Basis her in diesem Sektor verstärken. Ich sehe selber, daß in vielen Bereichen solche Gruppen sich bilden, aber dann eben auch nach Begleitung und kompetenten Anleitern suchen“ (P 26/43).

In besonderem Maße angewiesen auf „ein Selbsthilfetreff oder eine Treffmöglichkeit, wo aber auch professionelle Helfer zur Verfügung stehen“,

sind nach Bekundungen des Sachverständigen Prof. Tausch solche Angehörige, die ihre sterbenden Angehörigen auswärts im Krankenhaus besuchen und im Hotel übernachten müssen:

„Aus Befragungen wissen wir, daß eine (Anm.: derartige) Situation ganz desolat ist, . . . Das ist oft eine verzweifelte Situation, also diese Belastung, diesen Schock überwinden, aber dann niemanden zu haben, . . .“ (P 26/62).

#### 9. Humanere Ausgestaltung des Sterbens in und außerhalb der häuslichen Umgebung

Die Mehrzahl aller Menschen wird auch in Zukunft in Krankenhäusern und Pflegeheimen sterben. Eine humanere Versorgung todkranker Patienten im ambulanten wie auch im stationären Bereich könnte nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erreicht werden durch a) Vermeidung von Einweisungen und Verlegungen sowie Verkürzung der Aufenthalte in stationären Einrichtungen, b) ambulante Schmerzbekämpfung, c) Einbeziehung der Angehörigen und d) ambulante Sterbebegleitung im häuslichen Bereich.

- a) Vermeidung von Einweisungen und Verlegungen sowie Verkürzung der Aufenthalte in stationären Einrichtungen
  - aa) Durch die Existenz geriatrischer Stationen oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einer besonderen rehabilitativen Zielsetzung könnten „zahlreiche Einweisungen in ein Pflegeheim vermieden werden, die oft zum Sterben veranlaßt werden“ (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/44).
  - bb) Vermehrte Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Möglichkeiten geschützten Wohnens könnten das Sterben zuhause erleichtern (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/45).
  - cc) Wegfall der Krankenkassen-„Auflagen“ (Sachverständiger Dr. Schmidt, a. a. O.) bezüglich der Verlegung sterbender Heimbewohner in eine besondere Pflegestation.
  - dd) Mit der „Verflüssigung der starren Bestimmungen eines Pflegefalls“ (vgl. hierzu die Ausführungen unter I. 8. a) wären die Krankenhäuser nicht mehr aus rechtlichen oder finanziellen Gesichtspunkten gezwungen, „Patienten im Terminalstadium verlegen zu müssen, wie es offenbar immer wieder geschieht“ (Sachverständiger Dr. Schmidt, a. a. O.).

Dies setzt jedoch im einzelnen voraus:

- Aufnahme des Sterbens in den Zielkatalog des Krankenhauses, vorausgesetzt, es gibt im Einzelfall keine besseren Alternativen, nämlich das Sterben zuhause;
- angemessene räumliche und organisatorische Vorkehrungen einschließlich der Unterbringung von Angehörigen und ihrer Verpflegung;
- praxisbegleitende Schulung und Fortbildung der Ärzte und des Pflegepersonals zu Fragen der Sterbebegleitung ausgerichtet „an den Grundsätzen der Hospice-Care-Bewegung“ (SM, Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 17).

#### b) Ambulante Schmerzbekämpfung

Die Anzahl der Patienten, die alleine aus Gründen der Schmerzbekämpfung ins Krankenhaus eingewiesen werden, sind nicht bekannt. Diesbezüglich bekundete der Sachverständige Dr. Schürholz, daß in der Filder-

klinik „zahlenmäßig sehr wenige Patienten sind, die allein wegen der Schmerzsituation ins Krankenhaus eingewiesen werden“ (P 24/39). Im Unterschied hierzu geht das SM davon aus, daß „auch in Zukunft es in einer Reihe von Fällen unumgänglich sein wird, Krankenhauseinweisungen alleine aus Gründen der Schmerzbekämpfung vorzunehmen, beispielsweise wenn zur Schmerzbekämpfung neurochirurgische Eingriffe erforderlich werden. Die weitaus überwiegende Zahl chronischer Schmerzzustände kann jedoch ambulant behandelt werden“ (Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 17).

Eine Verminderung der Zahl der Krankenhauseinweisungen, die allein aus Gründen der Schmerzbekämpfung erfolgen, ist in erster Linie eine Frage der ärztlichen Weiterbildung; denn Schmerztherapie ist primär eine ärztliche Aufgabe, die grundsätzlich jeder therapeutisch tätige Arzt zu bewältigen hat.

Zur tatsächlichen Situation ärztlicher Schmerzbekämpfung berichtete der Sachverständige Dr. Schmidt:

„Es wird immer wieder – das höre ich sozusagen in jedem Kurs (Anm.: zur Gemeindekrankenpflege) – von völlig unzureichenden Kenntnissen und Praktiken der Schmerzbekämpfung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich berichtet, aber auch von Abwehr gegenüber fachlichen Ratschlägen vor allem aus den Reihen nicht ärztlicher Berufsgruppen“ (P 26/47).

Schmerz ist im Hinblick auf seine vielfältigen Ursachen ein interdisziplinäres Problem:

„Das eigentliche Problem in der Schmerzversorgung tritt da auf, wo sich der Schmerz zwar leiblich ausdrückt, wo aber seine Ursache gar nicht im Leiblichen direkt liegt, sondern wo der Schmerz Ausdruck der Situation ist, in der sich der Kranke fühlt, also des allgemeinen Schmerzes, des Leidens schlechthin,“

erläuterte der Sachverständige Dr. Schürholz (P 24/38).

Soweit Behandlungsfälle einer interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete bedürfen, muß „neben der ambulanten Behandlungsmöglichkeit für besondere, in der Regel schwierige Fälle die Möglichkeit der stationären Behandlung von Schmerzzuständen gegebenenfalls in hierfür besonders geeigneten Einrichtungen gegeben sein“ (SM, Stellungnahme vom 16. Januar 1990 S. 17). Für die Versorgung von Patienten mit chronischen, insbesondere tumorbedingten Schmerzerkrankungen besteht eine nach ambulanten und stationären Bereich gegliederte und abgestufte Versorgungsstruktur, wobei der stationäre Bereich wiederum in sogenannten nicht-universitären Krankenhäusern und universitären Krankenhäusern (Tumorzentren) und onkologische Schwerpunkte unterschieden wird (vgl. hierzu Drucksache 10/432 – Ziffer II. B).

Die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für die Schmerztherapie von Tumorpatienten stellt einen Schwerpunkt des „Aktionsprogramms Krebsbekämpfung“ der Landesregierung dar. Mit der Zielsetzung, im Rahmen einer Schmerzambulanz einerseits konkrete Organisationsmodelle zur Verbesserung der Schmerzbehandlung zu überprüfen und andererseits die Effektivität verschiedener Schmerztherapeutika bezüglich der unterschiedlichen schmerzauslösenden Ursachen bei Tumorpatienten zu untersuchen, wurde im Januar 1987 mit Unterstützung des Sozialministeriums an der Universitätsklinik Ulm das Modellprojekt „Interdisziplinäre Therapie von krebskranken Patienten mit Tumorschmerzen“ begonnen. Im Rahmen dieses Modellprojekts wurden bislang im wesentlichen folgende Erkenntnisse gewonnen:

- weitgehende Schmerzkontrolle bei der Mehrzahl der onkologischen Patienten,
- Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer der Schmerzpatienten,

- Vermeidung von Patientenüberweisungen in das Tumorzentrum,
- Verminderung ambulanter Patientenvorstellungen oder Einweisungen in Krankenhäuser durch „schnelle und effektive Überprüfung der im Einzelfall notwendigen schmerztherapeutischen Maßnahmen in enger Kooperation zwischen Tumorzentrum und niedergelassenem Arzt“ (vgl. hierzu Drucksache 10/2158 – Ziffern 5 und 6 –).

#### c) Einbeziehung von Angehörigen

Die Angehörigen und die befreundeten Bezugspersonen sind ohne eigene Erfahrung in Fragen der Sterbebegleitung im allgemeinen zunächst hilflos und haben häufig starke Ängste im Blick auf das eigene Sterben.

#### aa) Präventive Aufgabe

Fragen des Sterbens und des Umgangs mit sterbenden Menschen sollten verstärkt im Bewußtsein der Menschen verankert sein. Deshalb sollten die damit zusammenhängenden Themen „bereits in den Schulen, aber vor allem in den Volkshochschulen angesprochen“ (Sachverständiger Dr. Schürholz, P 24/38) oder auch vermehrt durch Angebote seitens der Sozialstationen gefördert werden (Sachverständiger Dr. Schmidt, P 26/46):

„Wir leben alle noch das fort, das so in den 60er, 70er Jahren im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen gang und gäbe war, daß man eben davon ausging, daß prinzipiell alles machbar ist, und alles, was mit dem Tod zusammenhing, wurde generell mehr tabuisiert. Diese Tabuisierung muß überwunden werden, wenn in der Zukunft immer mehr Menschen dazu fähig sein sollen, daß Angst und Hilflosigkeit überwunden werden“,

begründete der Sachverständige Dr. Schürholz (a. a. O.) seinen präventiven Ansatz.

Auch muß seiner Auffassung nach die altruistische Bewußtseinsbildung, die gegenüber der egozentrischen zurückgeblieben ist, stärker gefördert werden:

„Sonst ist es unweigerlich, daß die ambulanten Versorgungsmaßnahmen aus Mangel an Hilfskräften nicht verwirklicht werden können und daß deshalb immer mehr Menschen in ein Altenheim müssen, um die Helfer dort zu konzentrieren“,

befürchtete der Sachverständige Dr. Schürholz (P 24/41).

In einer verstärkten öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Sterben sah der Sachverständige Prof. Tausch einen „sehr entscheidenden“ Weg sowohl die Sterbe- als auch die Lebensbedingungen positiv zu ändern:

„Je weniger es tabu gehalten wird, um so besser. Zum Beispiel besuchen manchmal Politiker Kindergärten und werden dabei von den Medien aufgenommen. Aber ganz selten besucht jemand ein Pflegeheim, wo wirklich alte Menschen fast vegetieren. Oder wir sehen Politiker so oft im Fernsehen, aber ich glaube, es wäre ein Wert zu sehen: so bist Du, wenn Du im Sterben bist, wenn Du davor bist. Wie ist das?

Aber so sehen wir eigentlich Menschen immer nur im Leben, und das Sterben wird irgendwie verborgen und wird deswegen noch viel angstvoller“ (P 26/61).

Den entscheidenden Grund sich den sterbenden und alten Menschen mehr zuzuwenden sah der Sachverständige nicht nur darin,

„weil es deren Bedürfnis ist und weil es für die Angehörigen so würdelos ist, sondern weil die (Anm.: wissenschaftliche) Annahme besteht, daß die Art, wie wir Menschen sterben lassen, zusammenhängt mit der Art, wie wir leben. Wir können annehmen, wenn es möglich

ist, daß Menschen humaner sterben, daß das sicherlich Rückwirkungen darauf hat, daß wir auch humaner leben werden; denn je mehr Menschen wirklich mit Sterben konfrontiert werden, mit dem eigenen, um so eher überlegen sie sich: was mache ich eigentlich? Ist das sinnvoll, was ich tue? (P 26/61) . . . Welchen Wert hat materielle Anhäufung? Welchen Wert hat es, wenn ich dieses Auto habe, jenes Auto habe? Wir leben doch weitgehend in einer zunehmend wertelosen Gesellschaft. Alles ist möglich, und alles ist machbar. Ich denke, daß gerade da der Blick darauf ‚ich lebe ja nur kurze Zeit auf diesem Planeten‘, daß es uns zur Regulation bringen kann, also die Maßlosigkeit vermindern kann und uns andere Werte sehen läßt“ (P 26/64).

#### bb) Pflichtaufgabe stationärer Einrichtungen

Ausgehend vom Ziel der „Entängstigung“ der Angehörigen (vgl. hierzu obige Ausführungen unter IX. 3. c) bb) und dem zu erwartenden Personal-mangel im „Krankenhaus 2000“ (Sachverständiger Dr. Schmidt) sollte die Einbeziehung der Angehörigen generell zu den Pflichtaufgaben stationärer Pflegeeinrichtungen gehören:

„Das setzt aber ein grundlegendes Umdenken beim Personal, Anleitung und Fortbildung sowie eine entsprechende fachlich-pädagogische Verantwortung – das heißt: es muß jemand da sein, der das macht, etwa der Sozialdienst, Krankenhausseelsorge oder ein psychologischer Dienst – voraus“,

stellte der Sachverständige Dr. Schmidt (P 26/47) fest.

#### d) Sterbebegleitung in häuslicher Umgebung

Durch die steigende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen sowie die zurückgehende Zahl der Personen, die Pflegeleistungen erbringen können, werden insbesondere auch die ambulanten sozialen Dienste vor wachsende Anforderungen gestellt. In zunehmendem Maße sehen sich die ambulanten Dienste qualitativen Änderungen des Hilfebedarfs, darunter auch Hilfeanforderungen nach Sterbebegleitung, gegenüber.

Nach Auffassung des Sozialministeriums „kann ein bedarfsdeckender Ausbau der ambulanten Hilfen nur im Verbund unterschiedlicher, sich ergänzender und aufeinander abgestimmter Dienste und Maßnahmen erfolgen. Ziel ist die Schaffung eines pluralen Verbundsystems der Hilfeangebote, das für den Bürger überschaubar und leicht erreichbar ist“ (Stellungnahme vom 16. Januar 1990, S. 19). Diese Zielvorstellungen hat das SM mit seiner Konzeption „Neuordnung der ambulanten Dienste“ vom 8. Januar 1990 (vgl. die Darstellung oben bei V. 6) b. cc) konkretisiert.

Neben den Schwierigkeiten der medizinischen und pflegerischen Versorgung kommt bei der ambulanten Versorgung **a l l e i n s t e h e n d e r** Sterbender in ihrer häuslichen Umgebung ein psychologisches Problem hinzu:

„Das Schwerste, was wir im Sterben lernen, ist eigentlich, Hilfe anzunehmen“,

führte die Zeugin Dr. Tausch-Flammer hierzu an (P 25/125).

## X. Würdigung der Beweisaufnahme

Alt zu sein, bedeutet nicht gleichzeitig, auch hilfsbedürftig zu sein. Aktive Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen und gesellschaftliche Teilhabe sind nicht auf die Zeit der Erwerbstätigkeit beschränkt. Einer großen Anzahl älterer Menschen bietet sich heute die Möglichkeit, Ruhestand und Alter selbstbestimmt und in Würde zu erleben. Die Aufgabe des Untersuchungsausschusses „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“ war es hingegen, die Situation vor allem jener älteren Menschen zu untersuchen, die von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit betroffen und aus diesem Grund auf die Hilfe von Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe angewiesen sind.

Die Anhörung von zahlreichen Sachverständigen und Zeugen im Untersuchungsausschuß „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“ hat wesentliche Erkenntnisse erbracht und gezeigt, daß die durchgeführten Untersuchungen wichtig waren. In einigen Teilbereichen des Untersuchungsauftrags mußten Defizite, Mängel und Versäumnisse teilweise in erheblichem Umfang festgestellt werden. Deutlich wurde, daß sich zwischen dem Angebot der bestehenden Maßnahmen und Dienste und den tatsächlichen Bedürfnissen älterer und pflegebedürftiger Menschen eine wachsende Diskrepanz aufzutut: Die Entwicklung in der Altenhilfe hielt in den vergangenen Jahren nicht mit dem steigenden und veränderten Bedarf Schritt.

Das Gesundheitswesen orientiert sich immer noch überwiegend an der Behandlung akuter Krankheiten. Chronischen Erkrankungen, die den größten Teil der Alterskrankheiten ausmachen, wird nicht in ausreichendem Maß und zu unspezifisch begegnet. Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden vor allem bei älteren Menschen häufig vernachlässigt. Fehlbehandlungen und -belegungen sowie vermeidbare Pflegebedürftigkeit älterer Menschen sind die Folge einer zu einseitigen Ausrichtung. Daß sich die gesundheitliche Situation im Alter verschlechtert, wird allzu schnell als unvermeidbares Schicksal angesehen.

Im stationären Bereich der Altenhilfe kommen Menschenwürde und Selbstbestimmung der Betroffenen vielfach zu kurz, obwohl das Personal in den Einrichtungen ein beachtliches Engagement zeigt. Dennoch kann nach wie vor eine ganzheitliche, aktivierende Pflege in Alten- und Pflegeheimen aufgrund des ungenügenden Personalschlüssels häufig nicht durchgeführt werden. Durch die wachsende Personalnot verschärft sich diese Situation noch zusätzlich.

Die Kosten der Pflege in Heimen steigen ständig weiter und machen die meisten Heimbewohner aufgrund der nach wie vor fehlenden finanziellen Absicherung des Pflegerisikos zu Sozialhilfeempfängern.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen in der stationären Altenhilfe sind veraltet und werden den heutigen Anforderungen und Bedürfnissen nicht mehr gerecht.

In der ambulanten Altenhilfe werden die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ebenfalls nur unzureichend berücksichtigt, obwohl die Angehörigen, in erster Linie die Frauen, in einem bisher nicht gekannten Ausmaß die Hauptlast der häuslichen Pflege älterer Menschen tragen. Das Angebot an ambulanten Diensten ist zwar vielfältig, aber sehr zersplittert und für den Einzelnen oft kaum überschaubar und insgesamt zuwenig aufeinander abgestimmt.

Die Fixierung der Sozialstationen auf die abrechenbare Krankenpflege läßt aktivierende und begleitende Hilfen sowie eine ausreichende Unterstützung der pflegenden Angehörigen kaum zu. Der zukünftig zu erwartende Bedarf an ambulanten Hilfeleistungen kann ohne deutlichen Ausbau der Dienste und Einrichtungen bei weitem nicht gedeckt werden.

Die bestehenden, nachfolgend beschriebenen Mängel und Defizite müssen

von allen in der Altenhilfe und -pflege tätigen Institutionen erkannt und verantwortet werden. Noch wichtiger ist allerdings, daß alle Anstrengungen unternommen werden, um die Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen nachhaltig zu verbessern. Auch die Landesregierung ist aufgefordert, ihren Teil hierzu beizutragen.

Die bisher von ihr während der Arbeit des Untersuchungsausschusses und als Reaktion auf die wachsende Kritik veröffentlichten Konzeptionen und Maßnahmen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Zur Verbesserung der Situation der Betroffenen sind weitergehende Anstrengungen finanzieller Art notwendig.

## I. Prävention und Rehabilitation

### a) Prävention

Obwohl der Vorsorge zur Erhaltung der Gesundheit und zur Vorbeugung gegen das Schlimmerwerden von Krankheiten gerade im Alter eine bedeutende Rolle zukommt, bestehen hier gravierende Mängel. So ist zum Beispiel die Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen äußerst gering. Darüber hinaus lassen sich bei älteren Menschen in erheblichem Umfang falsche Ernährungsweisen feststellen. Ursache hierfür ist das Fehlen von zielgerichteten Informationen über bestehende Präventionsangebote durch die Krankenkassen und niedergelassenen Ärzte. Vor dem Ausschuß wurde zudem kritisiert, daß die Ernährungsberatung selten und nicht systematisch genug stattfindet und die Ärzte in den erforderlichen Motivationstechniken nicht ausgebildet werden.

Aus diesem Grund sollte unverzüglich darauf hingewirkt werden, daß die bestehenden Präventionsangebote unter Berücksichtigung altersspezifischer Besonderheiten in Zusammenarbeit von Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern und sozialen Diensten verstärkt ausgebaut werden. Dabei muß auf flächendeckende, weitgehend gleichartige Präventionsangebote geachtet werden. Es dürfen dabei keine kassenspezifischen Zugangshindernisse bestehen. Die vorhandenen Informationsdefizite sollten durch eine verstärkte zielgruppenorientierte Aufklärung gerade älterer Menschen über Risiken und Gefährdungen im Alter rasch beseitigt werden. Im Rahmen der medizinischen Aus- und Fortbildung sollte zudem der Themenbereich Prävention verstärkt einbezogen und die wissenschaftliche Präventionsforschung ausgeweitet werden.

### b) Rehabilitation

Rehabilitation hat die weitestgehende Wiederherstellung der Lebenstätigkeit zum Ziel. Erfahrungen zeigen, daß richtig angewandte, zielgerichtete Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen Pflegebedürftigkeit verhindern oder beseitigen kann. Rehabilitation wurde allerdings bisher hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der Wiedereingliederung ins Berufsleben betrachtet und kam daher gerade bei der Behandlung älterer, außerhalb des Erwerbslebens stehender Menschen viel zu kurz.

Im Krankenhaus werden rehabilitative Maßnahmen nach wie vor häufig zu spät oder nur unzureichend durchgeführt, obwohl gerade eine direkt im Anschluß an die Akutbehandlung folgende Rehabilitation die besten Aussichten auf Erfolg hat und durch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit die Heimunterbringung älterer Menschen oft vermeiden könnte. Ursache hierfür ist die Tatsache, daß die meisten Akutkrankenhäuser dem spezifischen Versorgungsbedarf älterer Menschen nicht entsprechen. So mangelt es insbesondere an geriatrischen und rehabilitativen Einrichtungen und dem dafür notwendigen Personal. In der Regel sind weder Ärzte noch Pflegepersonal entsprechend ausgebildet. Auch ist die zur Rehabilitation notwendige aktivierende Pflege durch die angespannte Personalsituation



fast unmöglich. Beispielsweise fehlen Ergotherapeuten zum Training der Bewegungsmöglichkeiten und zum Erhalt der motorischen Funktionsfähigkeit sowohl in Krankenhäusern als auch in Alten- und Pflegeheimen.

Schon im Krankenhaus müssen deshalb zur Vermeidung späterer Pflegebedürftigkeit die personellen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen werden. Dafür ist eine geriatrische Qualifizierung der allgemeinen Krankenhäuser sowie die Angliederung von geriatrischen Rehabilitationsmöglichkeiten an allen Krankenhäusern der Regelversorgung dringend notwendig. Darüber hinaus sollten eigenständige Rehabilitationskliniken im notwendigen Umfang eingerichtet werden.

Probleme bestehen auch bei der ambulanten Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Anschluß an eine stationäre Behandlung. Die Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich wird durch die personelle Unterbesetzung der sozialen Dienste der Krankenhäuser und der Krankenkassen erschwert. Darüber hinaus fehlt zur Durchführung ambulanter rehabilitativer Maßnahmen das entsprechend qualifizierte Personal. Notwendig ist deshalb die personelle Aufstockung der sozialen Dienste mit rehabilitativ befähigtem Personal, die in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten sowie den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen eine gesicherte ambulante Anschlußrehabilitation gewährleisten können sollten.

Das inzwischen von der Landesregierung vorgelegte Geriatriekonzept wurde von Zeugen als Schritt in die richtige Richtung bezeichnet.

Auch in der medizinischen Ausbildung und Wissenschaft wurden durch Aussagen vor dem Ausschuß erhebliche Mängel im rehabilitativen Bereich offenbar. So fehlen Ärzten nach wie vor in gravierendem Maße geriatrische und bevölkerungsmedizinische Kenntnisse. Die ärztliche Berufsordnung entspricht in diesem Bereich nicht den Anforderungen der Praxis. Fehlende Universitäts-Lehrstühle für Geriatrie und Gesundheitswissenschaften sowie unzureichendes Forschungs- und Lehrinteresse, aber auch eine nach Einschätzung von Zeugen mangelnde Unterstützung von seiten der Landesregierung, haben im Ergebnis zur mangelnden medizinischen Ausbildung in diesem Bereich beigetragen und erklären auch die fehlenden wissenschaftlichen Kenntnisse in bezug auf Rehabilitation und Prävention. Die Einrichtung von Lehrstühlen für Geriatrie und Gesundheitswissenschaften ist daher dringend notwendig. Gerontologie und Geriatrie sollten zwingende Bestandteile der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinstudenten und Ärzten werden. Auch eine ärztliche Zusatzqualifikation „Geriatrie“ sollte angestrebt werden.

## 2. Beteiligung am gesellschaftlichen Leben

Gerade im Alter sind Freizeitaktivitäten, Hobbies, soziale Kontakte und Kommunikation besonders wichtig. Auf diese Weise kann Vereinsamungsgefühlen begegnet und Gesundheitszustand und allgemeine Lebenszufriedenheit gefördert werden.

Hinsichtlich der Bildungsmaßnahmen für Ältere besteht den Zeugenaussagen zufolge die Gefahr, daß durch zu altersspezifische Trennung einer Ghettoisierung Älterer Vorschub geleistet wird. Hier besonders, aber auch im gesamten Freizeitbereich sollten deshalb generationenübergreifende Maßnahmen mit dem Ziel der Integration älterer Menschen nicht zu kurz kommen. Andererseits müssen bei älteren Menschen spezifische organisatorische und inhaltliche Erfordernisse beachtet werden, zum Beispiel die Bevorzugung tagsüber stattfindender Kurse und eine streßfreie Atmosphäre. Es läßt sich darüber hinaus auch feststellen, daß im Bereich der Maßnahmen für die Vorbereitung auf Ruhestand und Alter sowie für Fragen

der Lebensführung das Angebot noch lange nicht ausreichend ist. Hier sollte das Angebot wesentlich ausgeweitet werden, da die Auseinandersetzung mit dem Alter oft für den Einzelnen problematisch werden kann. Ein weiteres Problem ist auch die schichtenspezifische Nutzung der Angebote. Hier sollten gerade die Bevölkerungsschichten verstärkt durch geeignete Angebote angesprochen werden, denen es bisher eher schwerfällt, dies wahrzunehmen.

Maßnahmen zur sportlichen Betätigung älterer Menschen werden vor allem von den Vereinen angeboten. Trotz einiger Anstrengungen wurden diese Möglichkeiten von Senioren allerdings nur in sehr geringem Umfang wahrgenommen. Aus diesem Grund sollte die Information und Motivation durch die Vereine wesentlich stärker ausgebaut werden. Viele Ältere tun sich darüberhinaus sehr schwer mit der Aufforderung, im hohen Alter noch einem Verein beizutreten. Hier sollte verstärkt versucht werden, durch geeignete Angebote und gezielte Informationen mehr ältere Menschen für den Sport zu gewinnen.

Hinsichtlich der im Rahmen der Altenhilfe von den Kommunen und Wohlfahrtsverbänden angebotenen Freizeitgestaltung für ältere Menschen wurde vor dem Ausschuß vor allem auf die stark ausgeprägte Betreuungsmentalität der Angebote hingewiesen, durch die sehr viele Ältere abgeschreckt werden. In Zukunft muß in diesem Bereich mehr Wert auf generationenübergreifende Veranstaltungen gelegt werden, um eine Isolation älterer Menschen zu vermeiden. Erheblich eingeschränkt ist die Möglichkeit zur Nutzung von Freizeitangeboten in Alten- und Pflegeheimen. Obwohl gerade in diesem Bereich besonders wichtig, fehlt den Pflegekräften aufgrund des Personalnotstands meist die Zeit für entsprechende Maßnahmen. Den dort wohnenden Menschen wird eher die Eigenaktivität abgenommen. Neben der Forderung nach einer weitaus besseren Personalausstattung sollte hier versucht werden, durch eine Öffnung der Heime zur umliegenden Gemeinde verstärkt soziale Kontakte zu gewinnen.

Für ältere ausländische Mitbürger gibt es nur sehr begrenzte Angebote. Ihre Rückwanderungsquote und die Einbindung in die Familie ist noch sehr ausgeprägt, so daß sich insoweit ein aktuelles Problem nicht ergibt.

In Zukunft kann damit gerechnet werden, daß eine größer werdende Zahl von Ausländern nach Abschluß des Berufslebens in Deutschland bleiben wird. Diese Entwicklung ist sorgfältig zu beobachten. Daneben sind integrierende Betreuungsformen zu entwickeln, die den religiösen und herkunftsbedingten Besonderheiten Rechnung tragen.

### 3. Wohnen

Die Wohn- und Wohnumfeldsituation ist gerade im Alter besonders für die Gesamtqualität der Lebensumstände bedeutsam, da dann oft die Verweildauer im Haus zunimmt. Darüber hinaus wollen ältere Menschen solange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden leben.

Insgesamt läßt sich zwar feststellen, daß die meisten älteren Menschen mit ihren Wohnverhältnissen zufrieden sind. Allerdings entspricht dies nicht im gleichen Verhältnis dem tatsächlichen Standard der Wohnungen. Hier läßt sich bundesweit oft eine eher mangelhafte Grundausstattung verzeichnen, was gerade im Pflegefall sehr problematisch werden kann. Dies gilt auch für die älteren Menschen, die in höheren Stockwerken wohnen. Werden ältere Menschen pflegebedürftig, dann werden dadurch die Umstände der Pflege noch zusätzlich erschwert; oft läßt sich allein schon aus diesen Gegebenheiten ein Umziehen ins Heim nicht vermeiden.

Um ein Umziehen von der eigenen Wohnung zunächst ins Altenheim und dann ins Pflegeheim zu vermeiden, müssen verschiedene Maßnahmen in

Betracht gezogen werden. Durch die Einrichtung von geeigneten Beratungsstellen und finanziellen Hilfen bei den Umbaukosten sollte die Modernisierung und Anpassung nicht altengerechter Wohnungen gefördert und umfassend über die entsprechenden Möglichkeiten informiert werden. Hier sollte zudem schon beim Wohnungsneubau in jüngeren Jahren auf die Notwendigkeit einer altersgerechten Bauweise hingewiesen werden. Darüberhinaus ist es notwendig, den Bau von behindertengerechten Wohnungen zu fördern, die es älteren und behinderten Menschen durch ihre Lage, ihre räumliche Gestaltung und ihre Ausstattung ermöglichen, auch im Fall der Pflegebedürftigkeit dort weiter wohnen zu können. Dabei ist vor allem auch die Anbindung an eine Sozialstation oder an ein Alten- bzw. Pflegeheim mit entsprechend vermehrter Personalausstattung notwendig, damit im Krankheits- oder Pflegefall hauswirtschaftliche, pflegerische oder psychosoziale Betreuung gewährleistet werden kann. Insgesamt sollten die Belange älterer und behinderter Menschen bei der Bauplanung durch stärkere Integration der Planungsansätze im Wohnungsbau, in Altenhilfe und Gesundheitswesen sowie in der Stadt- und Verkehrsplanung berücksichtigt werden. Das Nebeneinander verschiedener Generationen könnte hier eine Ghettobildung vermeiden und das Zusammenleben von Jung und Alt fördern.

#### 4. Geriatriisch-gerontologische Forschung

In der geriatriisch-gerontologischen Forschung und Lehre ist nach übereinstimmenden Aussagen vor dem Ausschuß ein außerordentliches Defizit zu verzeichnen. Zwar gibt es in diesem Bereich mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und mit dem Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg international renommierte Einrichtungen. Dennoch wird Deutschland in allen Teilbereichen der Gerontologie in Forschung, Lehre und Ausbildung als Schlußlicht im internationalen Vergleich bezeichnet.

Sowohl Bundes- als auch Landesregierungen haben diesem Forschungsbe- reich jahrzehntlang nur sehr geringen Stellenwert zugewiesen und ihn deshalb erheblich vernachlässigt. Anträge mit dem Ziel der Initiierung wissenschaftlicher Forschungsprogramme wurden vielfach abgelehnt.

Die Auswirkungen dieser Entwicklung wurden zum Teil schon im Bereich von Prävention und Rehabilitation dargelegt. Es kann jedenfalls festgehalten werden, daß wesentliche Kenntnisse über Lebenszusammenhänge und -umstände, gesundheitliche Situation, psychische Belastungen etc. von älteren Menschen zu spät oder unzureichend erfolgen und in der medizinischen bzw. pflegerischen Ausbildung bei weitem nicht im nötigen Umfang berücksichtigt werden. Um diese Defizite rasch zu beheben, sollte die geriatriisch-gerontologische Forschung über die jetzt bestehenden Ansätze hinaus vor allem durch die Einrichtung weiterer Lehrstühle und die Vergabe entsprechender Forschungsaufträge gefördert werden.

#### 5. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege

##### a) Die Situation in der häuslichen Pflege

Zwischen 80 % und 90 % aller pflegebedürftigen älteren Menschen werden zuhause von ihren Angehörigen – teilweise unter Zuhilfenahme von ambulanten pflegerischen Diensten – aufopfernd versorgt bzw. gepflegt. Die Hauptlast der Pflege älterer Menschen wird daher immer noch von den Familien, vor allem durch Frauen, selbstlos getragen. Die Anzahl pflegebedürftiger Personen wird jedoch in den nächsten Jahren aufgrund der

wachsenden Zahl älterer Menschen deutlich zunehmen. Gleichzeitig stehen infolge sich verändernder Familienstrukturen immer weniger Menschen zur Pflege bereit. Darüber hinaus ist die Situation pflegender Angehöriger schon heute durchaus als problematisch zu bezeichnen. Zum einen läßt sich mit zunehmender Dauer der Pflege auch eine wachsende Isolation und ein sich verschlechternder Gesundheitszustand der Pflegenden verzeichnen. Andererseits führt die Überforderung durch intensive Pflege von Angehörigen oft auch zu familiären Belastungen.

Trotz des hilfreichen Angebots der Sozialstationen und der ambulanten Dienste ist die mangelnde Entlastung der Pflegenden das größte Problem. Insbesondere läßt sich hier ein gravierendes Defizit hinsichtlich der Informationen über die zur Verfügung stehenden Hilfsangebote feststellen. Beklagt wird auch das Fehlen von Angehörigengruppen, in denen Informationen über Hilfsmöglichkeiten ausgetauscht und mit der Pflege zusammenhängende seelische Belastungen aufgearbeitet werden können. Die fehlende Berücksichtigung von Zeiten der Pflege in der Rentenversicherung führt darüberhinaus zu finanziellen Benachteiligungen der pflegenden Angehörigen im Alter. Zudem sind die finanziellen Aufwendungen für die Inanspruchnahme ambulanter Dienste insbesondere bei Schwerpflegebedürftigkeit erheblich und müssen oft von den Angehörigen mitgetragen werden. Die Berücksichtigung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung sowie die finanziellen Absicherung des Pflegerisikos sollte daher angestrebt werden.

Ein erster Schritt in diese Richtung wird durch die Rentenreform 92 gemacht. Erstmals gibt es für Pflegepersonen die Anerkennung von Pflegeberücksichtigungszeiten und die Möglichkeit, freiwillige Beiträge den Pflichtbeiträgen gleichzustellen. Weitere Schritte müssen folgen.

Zur mangelnden Entlastung der Angehörigen tragen zusätzlich das unzureichende Angebot an teilstationären Angeboten wie Kurzzeit- und Tagespflege, die unzureichende personelle Ausstattung der Sozialstationen, Schwierigkeiten hinsichtlich der Koordination und Kooperation der ambulanten Dienste sowie die in erheblichem Umfang fehlenden Rehabilitations-Nachsorgeeinrichtungen bei. Insbesondere die Möglichkeit zur Kurzzeitpflege und Tagespflege sind noch unterentwickelt und sollten zur wirksamen Entlastung pflegender Angehöriger deutlich ausgeweitet werden. Die erfreuliche Arbeit ehrenamtlich Tätiger sowie die sich wieder allmählich entwickelnden Formen gegenseitiger Nachbarschaftshilfe und von Hilfen durch den Bekanntenkreis bedürfen professioneller Anleitung, Unterstützung und Koordination.

Durch das Gesundheitsreformgesetz werden bei Schwerpflegebedürftigkeit erstmals Leistungen durch die Krankenversicherung gewährt, wenn die Betroffenen zuhause gepflegt werden. Diese Verbesserungen sind aber noch unzureichend. Zum einen werden sie nur bei häuslicher Pflege gewährt und benachteiligen darum diejenigen älteren Menschen, die aufgrund ihrer Schwerpflegebedürftigkeit stationär untergebracht sind. Vor allem ist die Leistungshöhe selbst zu gering, um eine nachhaltige Entlastung der pflegenden Angehörigen bewirken zu können. Die restriktive Auslegung des Begriffs „Schwerpflegebedürftigkeit“ durch die Krankenkassen führt darüber hinaus nur zu einer zahlenmäßig relativ geringen Zahl von Leistungsempfängern.

Über die Situation älterer ausländischer Mitbürger gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Derzeit wird jedoch noch von einer so engen Familienbeziehung ausgegangen, daß aktuelle Probleme nicht auftreten. Änderungen für die Zukunft müssen erwartet werden, weshalb auch die Gewinnung junger ausländischer Bürger für Pflegeberufe verstärkt ins Auge gefaßt werden muß.

**b) Sozialstationen und ambulante Dienste**

Die Sozialstationen spielen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen eine wichtige Rolle und haben sich im Grundsatz bewährt. Ihrem Anspruch entsprechend sollen sie die in ihrem Einzugsbereich notwendige Alten- und Krankenpflege leisten, die dafür notwendige Beratung sowie Kurse in häuslicher Krankenpflege anbieten und über das gesamte Spektrum der Hilfsangebote bzw. ambulanten sozialen Dienste informieren. Tatsächlich sind die Sozialstationen allerdings durch diesen Aufgabenkatalog überfordert. Sie können meist nur die medizinischen, nicht aber soziale bzw. kommunikative Leistungen erbringen, da nur erstere mit den Kassen abrechenbar sind. Obwohl gerade der Bedarf an Grundpflege und rehabilitativen Maßnahmen sowie an hauswirtschaftlichen Hilfen stark zunimmt, kann er derzeit von den Sozialstationen nicht gedeckt werden. Die unzureichende Personalausstattung läßt darüber hinaus weder eine ausreichende pflegerische Beratung noch die dringend notwendige psychosoziale Begleitung der pflegenden Angehörigen im nötigen Umfang zu. Aus demselben Grund können Kurse in häuslicher Krankenpflege gerade in kleineren Sozialstationen kaum angeboten werden. Zusätzlich zu diesen schon bestehenden Problemen wird sich das GRG im Bereich der Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung nachfragesteigernd auswirken.

Zur Zeit beläuft sich die personelle Stärke noch auf durchschnittlich acht Kräfte pro 20 000 Einwohner. Es ergibt sich die Notwendigkeit einer deutlichen bedarfsgerechten Aufstockung der Zahl qualifizierter Pflegekräfte.

Die Finanzierung der Sozialstationen erfolgt im Augenblick noch uneinheitlich und ist nicht gesichert. Eine Neuordnung der Finanzierung ist daher unumgänglich. Die von den Krankenkassen bezahlten Entgelte für erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht kostendeckend. Aus diesem Grund sollten die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, die Leistungen für häusliche Pflege kostendeckend zu vergüten. Gleiches gilt für Selbstzahler. Auch der Landesanteil von 8 300 DM pro Jahr und Pflegekraft ist nicht ausreichend und sollte den in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Personalkosten angepaßt werden.

Ambulante Dienste werden vor allem in den Bereichen „Hauswirtschaftliche Versorgung“, „Essen auf Rädern“, Fahrdienste etc. angeboten. Meist erfolgt dies durch Zivildienstleistende sowie ehren- bzw. nebenamtliche Helfer, die für ein geringes Entgelt arbeiten. Die Schwierigkeit liegt vor allem in der Gewinnung dieser Helfer und im Problem, diese auch über einen längeren Zeitraum zu halten. Dazu ist es wichtig, den Mitarbeitern die Möglichkeit des regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustauschs zu bieten sowie eine fachliche Begleitung durch ausgebildete, hauptamtliche Kräfte. Darüber hinaus sollte ehren- und nebenamtlichen Kräften auch die Möglichkeit der Nutzung von Fortbildungsangeboten offenstehen. Die jetzt erfolgte Verkürzung der Zivildienstzeit führt vor allem im Bereich der ambulanten sozialen Dienste zu akuten personellen Problemen. Hier sollte alles getan werden, um die Aufrechterhaltung dieser Dienste sicherstellen zu können.

Im gesamten Bereich der ambulanten Altenhilfe sollte darüber hinaus der weitere personelle, fachliche und bedarfsgerechte Ausbau der häuslichen Hilfs- und Pflegedienste, der mobilen sozialen Dienste, der Sozialstationen und der Nachbarschaftshilfen zur verbesserten Betreuung, Pflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und ambulanten Rehabilitation gefördert werden.

**c) Kooperation und Koordination von Sozialstationen und ambulanten Diensten**

Aus vielen Aussagen im Untersuchungsausschuß ging hervor, daß trotz vielfältiger örtlicher Absprachen gerade im Bereich der Zusammenarbeit und Verknüpfung der verschiedenen Dienste und Einrichtungen erhebli-

che Mängel bestehen. Insbesondere ist demnach das Angebot der ambulanten Dienste zu wenig aufeinander abgestimmt und in seiner Leistungsfähigkeit für den Benutzer nicht überschaubar. Die Zusammenarbeit der Sozialstationen, ambulanten Einrichtungen und Dienste ist oft von Zufällen oder Einzelpersonen abhängig. Eine Leitstelle für den gesamten Einzugsbereich existiert bisher nicht.

Hier sollte die Lösung darin bestehen, ein vernetztes, für den Bürger leicht erreichbares und überschaubares Hilfesystem zu schaffen. Dies muß durch die Einrichtung bürgernaher Informations-, Auskunfts- und Beratungsstellen sowie zentraler Vermittlungsstellen für Heimplätze auf örtlicher Ebene geschehen.

Im Rahmen einer vertraglich festgelegten Zusammenarbeit sollte dabei auch eine trägerübergreifende Abstimmung der Leistungsangebote erfolgen. Darüber hinaus sollte im jeweiligen Versorgungsgebiet eine Einsatzleitung eingerichtet werden, deren Aufgabe die Sicherstellung einer ausreichenden Leistungserbringung im Einzelfall wäre. Die für den Aufbau der Informations- und Vermittlungsstellen sowie für die Einrichtung der Einsatzleitungen notwendigen Mittel sollten vom Land anteilig getragen werden.

Die Landesregierung hat ein Konzept zur Neuordnung der ambulanten Dienste vorgelegt, das einen Hilfeverbund anstrebt. Dieser soll im wesentlichen geschaffen werden durch eine Verbesserung der Koordination der verschiedenen ambulanten Dienste, durch eine intensive Verknüpfung der jeweiligen Dienstleistung innerhalb des Versorgungsbereichs sowie durch zentrale Anlaufstellen in jedem Versorgungsbereich zur besseren Beratung für pflegebedürftige Bürger und deren Angehörige über mögliche ambulante Hilfen.

## 6. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege

### a) Bedarf, rechtliche Regelungen, Finanzierung

Die Beweisaufnahme ergab breiten Konsens darüber, daß auf der Basis des Jahres 1987 mindestens 14 000 zusätzliche Pflegeheimplätze bis zum Jahr 2000 durch Neu- und Umbauten erforderlich sind. Uneinheitlich bewertet wurde zum einen die Notwendigkeit über 14 000 Pflegeplätze hinaus weitere auszuweisen und ferner der regionale Versorgungsgrad. Deshalb erscheint eine Neubewertung der Gesamtzahl der bis zum Jahr 2000 erforderlichen Pflegeplätze sowie deren regionale Verteilung erforderlich.

Die von den Land- und Stadtkreisen durchgeführte Heimüberwachung soll auf die Einhaltung der für den Heimbereich maßgeblichen Gesetze und Verordnungen achten. Hier wurde vor dem Ausschuß darauf hingewiesen, daß eine wirksame und effektive Heimaufsicht aufgrund der augenblicklich geltenden Regelungen nicht ausgeübt werden kann. Insbesondere sollte die Heimkontrolle zukünftig ohne vorherige Ankündigung erfolgen können.

Darüber hinaus erschwert auch die teilweise unzureichende Qualifikation des Aufsichtspersonals eine effektive Heimüberwachung. Neben der dringend notwendigen verbesserten Qualifikation des Überwachungs- und Beratungspersonals ist deshalb bei Heimbegehungen eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern erforderlich. Auch sollte regelmäßig ein Gespräch mit dem Heimbeirat ohne Anwesenheit der Heimleitung bzw. der Trägervertretung stattfinden. Darüber hinaus ist in Zukunft darauf zu achten, daß die Qualität der Betreuung und Versorgung der Heimbewohner, die Sicherstellung einer aktivierenden Pflege sowie die Einhaltung der Ausstattungsstandards und der vereinbarten Personalschlüssel gewährleistet werden können.

Das Sozialministerium hat zur Verbesserung der Heimaufsicht einen Kriterienkatalog erlassen, der sich an die Heimaufsichtsbehörden und die Gesundheitsämter wendet. Dort wird beschrieben, auf welche Punkte bei der Nachschau zu achten ist.

Die baulichen Standards der Heime richten sich nach der Heimmindestbauverordnung. Die dort festgelegten Standards und Richtwerte werden jedoch übereinstimmend als veraltet und völlig unzureichend bezeichnet. Dies gilt vor allem hinsichtlich der Zimmergröße und der Zahl der Betten pro Zimmer. Bei den öffentlich geförderten Einrichtungen geht die Ausstattung deutlich über die Vorschriften der Heimmindestbauverordnung hinaus. Allerdings wird die Einrichtung in den Heimen als zu klinisch und als Wohnanforderungen nicht entsprechend angesehen. Die bestehenden Bestimmungen über die Mindestanforderungen für Räume in Alten- und Pflegeheimen müssen in Zukunft den jeweils zeitgemäßen Bau- und Ausstattungsstandards angepaßt werden. Insbesondere sollten mit Rücksicht auf die Individualität der Bewohner überwiegend nur noch Einzelzimmer eingeplant werden. Auch sollte dabei eine Orientierung an allgemeinen Wohnstandards erfolgen.

In der Heimmitwirkungsverordnung ist die Wahl eines Heimbeirats vorgesehen, der Anregungen und Beschwerden der Bewohner entgegennehmen und diese gegenüber der Heimleitung vertreten soll. Die Aussagen belegen, daß die tatsächlich in vielen Heimen stattfindende Mitwirkung weit hinter den gesetzlichen Absichten zurückbleibt. Zunächst kann der Heimbeirat aufgrund seiner fehlenden Rechtspersönlichkeit Maßnahmen der Heimleitung nicht verhindern, sondern nur beratend auftreten. Darüber hinaus ist eine regelmäßige Arbeit des Heimbeirats nur bei Unterstützung durch die Heimleitung und das Pflegepersonal möglich. Ursachen hierfür sind das hohe Alter und häufige Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner sowie Ängste vor Benachteiligungen. Dies hat zur Folge, daß vielfach schon die Suche nach dafür geeigneten Heimbewohnern erfolglos bleibt und der Heimbeirat, wenn überhaupt, nur unregelmäßig tagt.

Das neue Heimgesetz sieht nun für die Zeit, in der ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann, einen von der zuständigen Behörde bestellten Heimfürsprecher vor. Dies wurde jedoch vor dem Ausschuß übereinstimmend als sehr problematisch beurteilt, da der staatlich bestellte Heimfürsprecher aufgrund seiner Nähe zum Kostenträger nicht unabhängig auftreten kann und in die Gefahr von Interessenkonflikten kommt. Die Vertretung der Interessen der Heimbewohner sollte deshalb im Falle des Fehlens eines Heimbeirats von einem wirklich unabhängigen Ersatzgremium wahrgenommen werden. Dafür kommen insbesondere Verwandte und enge Freunde der Heimbewohner sowie in der Altenhilfe qualifizierte Menschen in Frage.

Die laufenden Kosten eines Heimaufenthalts werden vom Bewohner selbst oder bei Bedürftigkeit von der Sozialhilfe getragen. Zur Zeit belaufen sich die durchschnittlichen Pflegesätze für einen Pflegeheimplatz auf ca. 3 500 DM im Monat. Aufgrund der beschlossenen Verbesserung des Personalschlüssels ist hier allerdings bald eine Steigerung auf monatlich über 4 000 DM zu erwarten. Durch diese Kostensteigerungen wird sich der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Bewohnern, der zur Zeit noch 50 % beträgt, sehr schnell erheblich erhöhen.

Die Investitionsförderung erfolgt durch Zuschüsse von Land (30 % + Sonderprogramm mit zusätzlich bis zu 14 000 DM/Platz) und Kommunen (20 bis 30 %). Der Trägeranteil liegt bei Pflegeheimen bei 10 bis 25 %. Vor diesem Hintergrund wurde deshalb von vielen Zeugen vorgetragen, daß ohne eine weitere deutliche Erhöhung des Landeszuschusses zu den Investitionskosten die derzeitige Finanzierung zu Kosten führen wird, die der einzelne Bewohner nicht mehr auf Dauer bezahlen kann.

#### b) Medizinische und pflegerische Versorgung

Die medizinische Versorgung der älteren Menschen in Heimen wird durch die niedergelassenen Ärzte gewährleistet. In der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heimpersonal lassen sich allerdings Probleme feststellen. Beklagt wird die mangelnde Rücksichtnahme von Hausärzten auf die Bedingungen des Heimbetriebs und auf die Pflegeanforderungen. Oft läßt sich eine fehlende Kooperationsbereitschaft der Ärzte und der Pflegekräfte feststellen, die wiederum zu Informationsdefiziten z. B. hinsichtlich der nötigen Medikation oder des Gesundheitszustands eines Bewohners führen können. Denkbar wäre aus diesem Grund eine freiwillige Einschränkung der Zahl der behandelnden Ärzte und die Vereinbarung bestimmter Besuchszeiten. Auch eine vertragliche Regelung, in deren Rahmen ärztliche Anordnungen nur in Absprache mit dem Pflegepersonal getroffen werden, sollte in Betracht gezogen werden.

Die Situation in der pflegerischen Versorgung ist gekennzeichnet durch eine deutliche Zunahme des Anteils Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger infolge des steigenden Heimeintrittsalters. Da aufgrund dieser Entwicklung eine Behandlungspflege notwendig wird, die dem klinischen Bereich durchaus ähnelt, läßt sich in den Pflegeheimen allgemein eine zunehmende Pflegeintensität verzeichnen.

Eine menschenwürdige, aktivierende und rehabilitativen Ansprüchen gerecht werdende Pflege kann trotz großer Anstrengungen des Pflegepersonals vor allem aufgrund des von allen Zeugen angeführten unzureichenden Personalschlüssels vielfach nicht verwirklicht werden. Pflegenotstand und „Satt-und-sauber-Pflege“ sind in vielen Pflegeheimen keine Schlagwörter, sondern bittere Realität. Grund dafür ist die vollkommen ungenügende Personalausstattung, die nicht Ergebnis von bestimmten Qualitätsanforderungen, sondern von Finanzdiskussionen und harten Berechnungen ist.

In der Schwerstpflege soll ab 1991 ein verbesserter Personalschlüssel von 1 : 2,37 erreicht werden. Kosten- und Heimträger machen die Realisierung dieser Verbesserung allerdings davon abhängig, daß das Land Baden-Württemberg die Investitionskostenzuschüsse auf 50 % ab dem 1. Januar 1991 erhöht. Der Zugang von 2 050 Stellen ist deshalb noch nicht gesichert. Auch bei einem Personalschlüssel von 1 : 2,37 wird allerdings nur eine rechnerische Pflegezeit von ca. 125 Minuten am Tag erreicht. In dieser Zeit sind sämtliche manuellen Tätigkeiten wie Essenverabreichen, An- und Ausziehen, Waschen, Pflege etc. enthalten. Nach Abzug dieser Tätigkeiten bleibt kaum mehr Zeit für z. B. kommunikative oder soziale Betreuung.

Aus diesem Grund wird von fast allen Befragten auch der jetzt angestrebte Personalschlüssel als unzureichend angesehen. Er deckt nach Aussagen der Pflegekräfte gerade den Nachholbedarf, der in den letzten Jahren aufgrund Arbeitszeitverkürzung und zunehmender Pflegeintensität entstanden ist. Neben dem Personalschlüssel wird auch das Zahlenverhältnis von Fach- zu Hilfskräften im Pflegebereich als nachteilig angesehen. Zwar wird hier ein Soll-Verhältnis von ca. 70 % Fach- zu 30 % Hilfskräften angegeben, in Wirklichkeit ist dies jedoch deutlich schlechter, mancherorts sind sogar nur 30 % der Pflegekräfte qualifiziert. Gerade am Wochenende kann darum vielfach eine Betreuung durch Fachkräfte nicht gewährleistet werden. Ähnlich problematisch ist die Anrechnung von Altenpflegeschülern auf den Pflegeschlüssel. Eine fachbezogene praktische Ausbildung sollte nicht dadurch gefährdet werden, daß eine Reduzierung von Fachpersonal zugunsten von Auszubildenden erfolgt.

#### c) Geronto-psychiatrische Tagesstätten

Die geronto-psychiatrische Tagesbetreuung soll älteren Menschen helfen, die körperlich noch mobil sind, aber aufgrund von geistigen oder seelischen Erkrankungen Schwierigkeiten haben, mit ihrem Leben zurecht zu



kommen. In Baden -Württemberg existieren zur Zeit zwei geronto-psychiatrische Tagesstätten. Die dort gewonnenen Erfahrungen zeigen, daß die Lebensumstände und die gesundheitliche Situation von psychisch kranken älteren Menschen durch ein Betreuungsangebot, das gezielt auf die Bedürfnisse geronto-psychiatrischer Patienten ausgerichtet ist, erheblich verbessert werden können. Eine ganzheitliche, aktivierende und von einem multiprofessionellen Team geleistete Tagesbetreuung, wie sie durch diese Einrichtungen gewährleistet wird, fördert und erhält die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Betroffenen und ermöglicht ihnen das Verbleiben in der bisherigen, gewohnten Umgebung. Darüber hinaus werden auf diese Weise auch die Angehörigen wirksam entlastet. Die positiven Erfahrungen, die im geronto-psychiatrischen Bereich durch außerstationäre Betreuungsangebote gemacht werden konnten, verdeutlichen die Notwendigkeit des Aufbaus weiterer Tagesstätten. Ziel muß dabei ein landesweites, bedarfsdeckendes Netz an geronto-psychiatrischen Tagesbetreuungseinrichtungen sein. Zur Sicherung der bestehenden Einrichtungen und zum weiteren Ausbau sollte das Land unter Beteiligung der Stadt- und Landkreise und der gesetzlichen Krankenkassen die notwendigen Grundlagen schaffen. Daneben bleibt die Forderung bestehen, auch geronto-psychiatrische Tagesstätten in den Geltungsbereich des Heimgesetzes einzubeziehen.

#### 7. Situation des Pflegepersonals

Die angeführten Defizite in der stationären und ambulanten Pflege verdeutlichen, wie wichtig eine erheblich verbesserte Personalausstattung für die Situation der pflegebedürftigen älteren Menschen und ihrer Angehörigen ist. Die demographisch bedingte Zunahme älterer Menschen wird die Einstellung weiterer Pflegekräfte noch dringlicher machen. Gleichzeitig stehen aufgrund des Nachrückens geburtenschwacher Jahrgänge immer weniger junge Menschen zur Ausbildung zur Verfügung. Doch schon heute lassen sich Schwierigkeiten bei der Gewinnung von qualifiziertem Altenpflegepersonal feststellen: Offene Stellen können nicht besetzt werden, einzelne Betten oder ganze Abteilungen müssen stillgelegt werden. Darüber hinaus ist die Fluktuation in den Pflegeberufen erheblich; die Verweildauer beläuft sich auf durchschnittlich fünf Jahre.

Gründe für die sinkende Bereitschaft junger Menschen, einen Pflegeberuf zu ergreifen, sind vor allem unattraktive Arbeitsbedingungen und fehlende gesellschaftliche Anerkennung. Ungünstige Arbeitszeiten, Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit führen bei den Pflegekräften zu erhöhten gesundheitlichen Belastungen und zum Verlust sozialer Kontakte. Erhebliche körperliche Anstrengungen bringen häufig gesundheitliche Schädigungen und berufsbedingte Erkrankungen mit sich. Vielfältige psychische Belastungen durch ständigen Zeitdruck, fehlende Erfolgserlebnisse, Konfrontation mit Leid und Tod, Auseinanderklaffen von Anspruch und Wirklichkeit in der täglichen Pflege, müssen von den Pflegekräften verarbeitet werden. Möglichkeiten zum Gespräch und Austausch von Erfahrungen bestehen kaum oder können aufgrund der personellen Unterbesetzung nicht wahrgenommen werden.

Neben den erheblichen beruflichen Belastungen läßt sich die geringe Attraktivität der Pflegeberufe aber auch auf die den Anforderungen und der Verantwortung nicht entsprechende Bezahlung zurückführen. Hier sind die Tarifpartner gefordert. Darüber hinaus sind in der Altenpflege kaum Möglichkeiten zum beruflichen Aufstieg vorhanden. Angebote zur Fort- und Weiterbildung bestehen nur in unzureichendem Maß. Sie können aufgrund der angespannten Personalsituation in der Regel kaum genutzt werden und eröffnen weder den Weg zu einer erhöhten Vergütung noch zu einer verbesserten Position.

Um den Pflegenotstand in Altenpflegeheimen und Krankenhäusern wirksam zu beseitigen und den weiter wachsenden Bedarf an qualifizierten Pflegekräften in Zukunft decken zu können, sind alle Maßnahmen und Anstrengungen darauf auszurichten, die Situation in den Pflegeberufen schnell und nachhaltig zu verbessern und eine gesellschaftliche Aufwertung des Berufsbilds zu erreichen. An erster Stelle muß hier endlich eine den beruflichen Anforderungen und Belastungen gerecht werdende Vergütung stehen. Die im August 1989 erreichten tariflichen Verbesserungen müssen von den Tarifparteien erheblich weiterentwickelt werden. Darüber hinaus müssen die zur Verminderung der Arbeitsbelastungen und zur Verbesserung der Pflegesituation dringend notwendigen Stellenausweitungen rasch und in größerem Umfang als jetzt beabsichtigt verwirklicht werden. Nur eine deutlich verbesserte Personalausstattung in den Heimen und Krankenhäusern kann die wachsende Überlastung der Pflegekräfte wirksam bekämpfen.

Zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe sind allerdings weitere Maßnahmen erforderlich. Insbesondere müssen den Pflegekräften Möglichkeiten zum beruflichen Aufstieg zugänglich gemacht werden. Voraussetzung hierfür ist der Ausbau und die Verbesserung von Fort- und Weiterbildungsangeboten mit standardisiertem Inhalt und qualifizierten anerkannten Abschlüssen, die Zugang zu Leitungsfunktionen ermöglichen. Die Qualifikation für bestimmte Schlüsselpositionen wie z. B. zur Pflegedienstleitung, sollte darüber hinaus auf Fachhochschulebene angesiedelt werden.

Weitere Maßnahmen sind im Bereich der Arbeitszeiten und der Arbeitsorganisation notwendig. Insbesondere sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die zu einer Verbesserung der unattraktiven Arbeitszeiten führen können. Die Einführung eines Fünf-Tage-Dienstes und eine längerfristige personalfreundliche Dienstplangestaltung sollten in diesem Zusammenhang selbstverständlich werden. Neue Arbeitsformen können darüber hinaus die Motivation der Mitarbeiterinnen positiv beeinflussen. Teamarbeit und Gruppenpflege sollten die eigenständige Rolle der Pflegeberufe stärken und ihre Verantwortung hervorheben. Mitarbeiterverbandsysteme zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich könnten die Tätigkeiten interessanter und abwechslungsreicher machen und vermehrt zur Anwendung von in der Fortbildung erworbenem Wissen führen. Im Hinblick auf die außerordentlichen psychischen Belastungen, denen Pflegekräfte vor allem in Heimen ausgesetzt sind, muß eine regelmäßige Betreuung durch Supervision und andere Gesprächsmöglichkeiten während der Arbeitszeit angeboten werden.

Für die Steigerung der Attraktivität des Berufsbilds ist auch die Situation in der Alten- und Krankenpflegeausbildung zu berücksichtigen. Hier ist durch die Einführung der Schulgeldfreiheit und die Neuordnung der Altenpflegeausbildung sowie die Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze durch 30 öffentliche Berufsfachschulen (Schuljahr 1989/90) ein Fortschritt erzielt worden. Allerdings ist die praktische Ausbildung hier verbesserungsbedürftig. Vor allem fehlt es an der sachgerechten Anleitung und Betreuung der Schüler, da vor Ort in der Regel keine ausgebildeten Anleiter vorhanden sind. Demzufolge und aufgrund der Personalengpässe werden Schüler häufig als billige Arbeits- und Aushilfskräfte mißbraucht; eine auf die Theorieinhalte abgestimmte Praxisanleitung kommt zu kurz. Notwendig sind daher vor allem geeignete und dafür qualifizierte Praxisanleiter sowie eine bessere Abstimmung und Verzahnung der theoretischen und praktischen Lerninhalte. Dabei sollte ein Schwerpunkt auf der Vermittlung von Kenntnissen über den Umgang mit psychisch veränderten älteren Menschen sowie aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen liegen. Die spätere berufliche Motivation des Pflegekräftenachwuchses hängt auch davon ab, inwieweit statt einer „Lückenbüßer“-Funktion eine qualifizierte Ausbildung gewährleistet werden kann.

Neben der Verwirklichung der angeführten Forderungen sollte auch versucht werden, durch den Einsatz wirkungsvoller Werbemaßnahmen gezielt Schulabgänger anzusprechen und neues Pflegepersonal zu gewinnen.

Durch landesweit angebotene Wiedereingliederungskurse können vor der Kindererziehungsphase in der Pflege tätige Frauen wieder für Pflegeberufe zurückgewonnen werden. Darüberhinaus sollten durch vom Arbeitsamt angebotene Umschulungsmaßnahmen vermehrt Arbeitssuchende angesprochen werden.

#### 8. Änderung der Bevölkerungsstruktur und finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit

Statistische Modellrechnungen zeigen, daß bei insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahl der Anteil der über 60jährigen an der Bevölkerung wächst. Über die Entwicklung der ausländischen Bevölkerung läßt sich mangels ausreichender Grundlagen kaum Verlässliches vorhersagen. Bei insgesamt rückläufigen Familiengrößen nimmt auch die Haushaltsgröße deutlich ab. Im Gesundheitsbereich ist damit zu rechnen, daß Krankenhausleistungen in einem zunehmenden Anteil von älteren Menschen in Anspruch genommen werden. Dabei muß bei den Demenzerkrankungen von einem Anstieg um etwa 40 % bis zum Jahr 2025 gerechnet werden.

Schon heute sind ca. 2,5 bis 3 Millionen Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen, davon sind fast 700 000 schwerpflegebedürftig. In stationären Einrichtungen leben ungefähr 300 000 pflegebedürftige Menschen. Diese Zahlen werden in Zukunft aufgrund der Zunahme älterer Menschen deutlich ansteigen. Trotzdem ist die Pflegebedürftigkeit im Gegensatz zu anderen allgemeinen Lebensrisiken noch immer nicht finanziell abgesichert. Während im Falle von Krankheit bzw. Behandlungsbedürftigkeit Leistungen der Krankenversicherung eintreten, muß der Einzelne im Fall der Einstufung als Pflegefall alle damit verbundenen Kosten selbst tragen. Besonders deutlich wird die damit verbundene Problematik bei der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger älterer Menschen im Pflegeheim. Hier belaufen sich die monatlichen Kosten für die Betroffenen auf zur Zeit ungefähr 3 500 DM. Aufgrund der dringend notwendigen tariflichen Verbesserungen beim Pflegepersonal und der angestrebten Anhebung des Stellschlüssels werden sich diese Kosten in naher Zukunft auf ca. 4 000 DM erhöhen. Diese Summe kann nur noch von einem geringen Teil der Betroffenen durch Einsatz der Rente und des Vermögens selbst aufgebracht werden. Auch Menschen, die zunächst die Pflegekosten selbst bezahlten, können dies vielfach nach 1 bis 2 Jahren nicht mehr, da dann ihr erspartes Vermögen aufgebraucht ist. Pflegebedürftigkeit führt aus diesem Grund bei vielen Heimbewohnern zur Vernichtung der materiellen Existenz, Armut im Alter und zur Abhängigkeit von Sozialhilfe. Deren Aufwendungen zur „Hilfe zur Pflege“ beliefen sich 1988 auf fast 9 Milliarden DM und belasten die Haushalte der Städte und Gemeinden in erheblichem Umfang.

Durch das Gesundheitsreformgesetz werden erstmals Leistungen der Krankenversicherung bei Schwerpflegebedürftigkeit gewährt. Diese sind den Aussagen im Ausschuß zufolge völlig unzureichend; denn sie werden nur gewährt, wenn die Pflege zuhause erfolgt. In Heimen untergebrachte Pflegebedürftige können keinerlei Leistungen beziehen. Darüber hinaus kommen aufgrund der restriktiven Auslegung des Begriffs „Schwerpflegebedürftigkeit“ nur sehr wenige Betroffene überhaupt in den Genuß der Leistungen. Auch die Leistungshöhe selbst muß als zu gering bewertet werden.

Die im Untersuchungsausschuß gehörten Zeugen forderten daher zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen und zur Wahrung von Selbständigkeit und Würde übereinstimmend die Einführung einer Pflegeversicherung. Die meisten der angehörten Experten bevorzugten eine Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung. Sie besäße eine ähnliche Funktionsweise wie die Krankenversicherung: Die Versicherten müßten an der Höhe ihres Einkommens orientierte Beiträge zahlen, die zur Hälfte

vom Arbeitgeber getragen würden. Zusätzlicher Verwaltungsaufwand würde dadurch vermieden werden. Beim Eintritt eines Pflegefalls würde die Versicherung sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Pflege ein Pflegegeld bezahlen.

An der Initiative der Landesregierung zur Einführung einer privaten Vorsorgepflicht wurde insbesondere kritisiert, daß sie keine einkommensabhängige Staffelung der Beiträge sowie keine Beteiligung der Arbeitgeber vorsieht. Darüber hinaus werde bei diesem Modell die schon bisher vorhandene Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit aufgrund der Interessengegensätze von Krankenversicherung und privater Pflegeversicherung weiter verschärft. Zudem entstehe aufgrund der dann notwendig werdenden Überprüfung der Einhaltung der Meldepflichten ein hoher Verwaltungsaufwand.

## 9. Humanes Sterben

Die überwiegende Zahl der Menschen möchte zuhause in der vertrauten Umgebung sterben. Im Gegensatz zu diesem Wunsch sterben aber 70 % aller Menschen in stationären Einrichtungen, vor allem in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Umstände und Gegebenheiten, unter denen Menschen in Krankenhäusern sterben, wurden vor dem Ausschuß aber überwiegend als unangemessen und belastend für die Sterbenden, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte bezeichnet. Ursache hierfür ist die einseitige Ausrichtung des Krankenhauses auf Heilung und Gesundung bei gleichzeitiger Tabuisierung des Todes. Die Kommunikation mit Sterbenden wird durch den Krankenhausbetrieb oft sehr stark behindert, die Einbeziehung der Angehörigen wird vielfach als Störung des Betriebsablaufes empfunden. Aufgrund der geltenden Personalanhaltszahlen und der daraus folgenden ständigen zeitlichen Überforderung sind die Pflegekräfte kaum zur Sterbebegleitung in der Lage. In Intensivstationen und mehrfach belegten Zimmern ist meist kein persönlicher Kontakt möglich, in aller Regel gibt es keine Einzelzimmer, in denen Angehörige bei Sterbenden sein können. Auch fehlt häufig die Möglichkeit, über Nacht im Krankenhaus zu bleiben. Um die Situation von Sterbenden und ihren Angehörigen zu verbessern, sollten in Krankenhäusern angemessene Räumlichkeiten so zur Verfügung stehen, daß Sterbende durch ihre Angehörigen betreut werden können. Insbesondere muß ihnen auch die Möglichkeit gegeben werden, über Nacht bei den Sterbenden bleiben zu können. Wichtig ist allerdings auch, daß das Personal auf die besondere Situation der Angehörigen Rücksicht nimmt und sie hilfreich unterstützt. Bei Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern kommt in der Aus- und Weiterbildung der Umgang mit Sterbenden häufig noch zu kurz. Sie sind deshalb in diesem Bereich vielfach überfordert. Medizinisches und pflegerisches Krankenhauspersonal sollte darum schon in der Ausbildung verstärkt auf dieses Thema vorbereitet werden. Auch der Besuch von entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen sollte gefördert werden.

Dem Wunsch, zuhause zu sterben, sollte, wann immer es möglich ist, entsprochen werden. Im ambulanten Bereich erfolgt die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vor allem durch die Sozialstationen. Aufgrund der ständig steigenden Anforderungen können deren Mitarbeiter diese Aufgabe aber nicht im gewünschten Umfang wahrnehmen. Auch hier muß die Personalsituation der Sozialstationen deutlich verbessert werden. Darüber hinaus haben sich in den letzten Jahren ambulante Hospiz-Dienste zur Unterstützung und häuslichen Betreuung Sterbender und Begleitung der Trauernden gebildet. Sie arbeiten mit ehrenamtlichen Mitarbeitern und Fachkräften zu deren Unterstützung und Fortbildung und sind eine wichtige Hilfe für die Betroffenen. Zur Gewinnung und Motivation von freiwilligen ehrenamtlichen Helfern ist eine entsprechende Schulung sowie Weiterbildung durch ausgebildete Fachkräfte ständig notwendig. Die hier-

für notwendigen Mittel müssen zur Zeit allein durch Spenden und Eigenmittel der Träger aufgebracht werden.

Die Finanzierung und Unterstützung sowie die Förderung neuer ambulanter Hospizdienste sollte auf eine gesicherte finanzielle Grundlage gestellt werden.

Sterben ist oft mit starken Schmerzen und langem Leiden verbunden. Trotz erheblicher Fortschritte in der Schmerztherapie wird diese in Deutschland noch nicht ausreichend angewendet. Die ärztlichen Kenntnisse, wie Schmerz entsteht und behandelt werden kann, sind ungenügend. Die Kenntnisse sowohl der niedergelassenen als auch der Krankenhausärzte in Fragen der Schmerztherapie müssen aus diesem Grund deutlich verbessert werden.

### **Dritter Teil:**

#### **Beschlußfassung und Antrag des Untersuchungsausschusses**

A.

Der Untersuchungsausschuß empfiehlt einstimmig dem Landtag, folgendes zu beschließen:

1. Die Landesregierung wird aufgefordert, das vorgelegte Geriatriekonzept vorrangig in den folgenden Punkten zügig umzusetzen.
2. Die Landesregierung wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, daß die Krankenkassen die bestehenden Präventionsangebote weiter ausbauen, um in Zusammenarbeit mit Ärzten und Gesundheitsämtern von der Kassenzugehörigkeit unabhängige und weitgehend gleichartige Angebote zu erreichen.
3. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß Maßnahmen zur Aufklärung und Beratung über Präventionsangebote zielgruppenorientiert ausgerichtet, die Informationen darüber verbessert, die Maßnahmen der Prävention gegen Alterskrankheiten wesentlich früher einsetzen und Personen mit Risikofaktoren schon vor der eigentlichen Altersphase gezielter behandelt werden.
4. Die Landesregierung wird aufgefordert, die vorgesehene geriatrische und rehabilitative Qualifizierung der Krankenhäuser unverzüglich umzusetzen und die hierfür notwendigen Konsequenzen in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.
5. Die Landesregierung wird aufgefordert, sicherzustellen, daß die sozialen Dienste der Krankenhäuser und der Krankenkassen zusammen mit den übrigen im Bereich der Rehabilitation tätigen Einrichtungen und Dienste die überganglose Fortführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen im Anschluß an eine stationäre Behandlung gewährleisten.
6. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Lehrpläne in der Alten- und Krankenpflegeausbildung so zu ergänzen, daß präventive, rehabilitative sowie geriatrisch-gerontologische Kenntnisse verstärkt berücksichtigt werden, sowie sicherzustellen, daß diese auch in der Fort- und Weiterbildung der Pflegeberufe breiteren Raum einnehmen.
7. Die Landesregierung wird aufgefordert, dafür zu sorgen, daß in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung zukünftig präventive, rehabilitative und geriatrisch-gerontologische Kenntnisse in ausreichendem Maß berücksichtigt werden.
8. Die Landesregierung wird aufgefordert, auf die Einrichtung einer ärztlichen Teilgebietsbezeichnung „Geriatrie“ hinzuwirken.
9. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß die Krankenhausträger, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und die Landeswohlfahrtsverbände Ergotherapie sowohl in den Krankenhäusern als auch in Alten- und Pflegeheimen stärker als bisher berücksichtigen.

10. Die Landesregierung wird aufgefordert, Veröffentlichungen und Veranstaltungen zur Information, Aufklärung und Weiterbildung älterer Menschen und zur Vorbereitung auf das Alter verstärkt zu fördern.
11. Die Landesregierung wird aufgefordert, dabei insbesondere sozial schwächere Schichten, wie Sozialhilfeempfänger, Rentner und Rentnerinnen sowie Ausländer anzusprechen, denen es bisher eher schwerfällt, die angebotenen Maßnahmen wahrzunehmen.
12. Die Landesregierung wird aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Kommunen und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege darauf hinzuwirken, daß im Freizeitbereich verstärkt generationenübergreifende Angebote und Maßnahmen ohne Betreuungscharakter mit dem Ziel der Integration älterer Menschen angeboten werden.
13. Die Landesregierung wird aufgefordert, integrierende Modelle zu entwickeln, die ältere Ausländer in die allgemeine Betreuung und Versorgung älterer Menschen einbezieht und dabei deren Besonderheiten in Religion, Kultur etc. berücksichtigt.
14. Die Landesregierung wird aufgefordert, sich um die Gewinnung von Pflegekräften aus den Bevölkerungsgruppen zu bemühen, die auch im Alter in Deutschland bleiben wollen, damit so den nationalen Besonderheiten besser Rechnung getragen werden kann.
15. Die Landesregierung wird aufgefordert, mit den kommunalen Spitzenverbänden dahingehend zu verhandeln, Wohnbauberatung speziell für ältere Menschen anzubieten und kommunale Umrüstungsprogramme „Altengerechte Wohnungen“ aufzulegen.
16. Die Landesregierung wird aufgefordert zu prüfen, ob im Rahmen der bestehenden Wohnungsbauförderungsprogramme Maßnahmen bezuschußt werden können, die zur Umrüstung von Wohnungen in altengerechte erforderlich sind.
17. Die Landesregierung wird aufgefordert, den Bau alten- und behindertengerechter Wohnungen verstärkt zu fördern und dafür Sorge zu tragen, daß im Krankheits- oder Pflegefall die Anbindung an eine Sozialstation bzw. an ein Pflegeheim gewährleistet werden kann.
18. Die Landesregierung wird aufgefordert, bei Wohnungen, deren Bau vom Land gefördert wird, die Gewährung von Zuschüssen davon abhängig zu machen, daß diese im Bedarfsfall ohne großen Aufwand altengerecht umgerüstet werden können.
19. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Kommunen und die Architektenkammer zu veranlassen, für Bauwillige und Architekten einen Beratungsdienst einzurichten, der über altersgerechtes Wohnen informiert.
20. Die Landesregierung wird aufgefordert, bei der Stadt- und Verkehrsplanung Probleme alter und behinderter Menschen stärker Rechnung zu tragen und diese Forderung über den Bundesrat auch im Bundesbaugesetz zu verankern.
21. Die Landesregierung wird aufgefordert, baldmöglichst eine Entscheidung darüber herbeizuführen, ob und in welchem Umfang der Expertenvorschlag zur Einrichtung eines Zentrums für Altersforschung in Heidelberg realisiert werden kann und, im Zusammenhang damit, in welchen Bereichen Forschungsmittel schwerpunktmäßig eingesetzt werden.

22. Die Landesregierung wird aufgefordert, an medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg das Fach Geriatrie zu etablieren.
23. Die Landesregierung wird aufgefordert, verstärkt Forschungsaufträge im geriatrisch-gerontologischen Bereich zu vergeben.
24. Die Landesregierung wird aufgefordert, im Bundesrat darauf hinzuwirken, daß Pflegejahre älterer bzw. behinderter Menschen in der Rentenversicherung als anrechnungsfähige Versicherungszeiten entsprechend den Regelungen der Kindererziehungszeiten berücksichtigt werden.
25. Die Landesregierung wird aufgefordert, die ambulante Altenhilfe weiter zu stärken und zu diesem Zweck das Konzept zur Neuordnung der ambulanten Dienste baldmöglichst umzusetzen.
26. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf zu drängen, daß die Sozialstationen für die von ihnen erbrachten Leistungen von den Krankenkassen kostendeckende Entgelte erhalten.
27. Die Landesregierung wird aufgefordert, den zur Entlastung der häuslichen Pflege notwendigen Ausbau von Kurzzeit- und Tagespflegemöglichkeiten verstärkt zu fördern.
28. Die Landesregierung wird aufgefordert, dem durch die aktuelle Bevölkerungsentwicklung neu entstandenen Bedarf an Pflegeheimplätzen Rechnung zu tragen und in Zusammenarbeit mit den kommunalen Landesverbänden und Stadt- und Landkreisen die Bedarfsschätzungen und -planungen entsprechend fortzuschreiben.
29. Die Landesregierung wird aufgefordert, sicherzustellen, daß die von den Landkreisen durchgeführte Heimüberwachung zukünftig regelmäßig auch ohne vorherige Ankündigung erfolgt.
30. Die Landesregierung wird aufgefordert, das Überwachungs- und Beratungspersonal der Heimaufsichtsbehörden für seine Aufgaben besser zu qualifizieren und dafür zu sorgen, daß eine regelmäßige Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern erfolgt.
31. Die Landesregierung wird aufgefordert, sicherzustellen, daß die Kriterien für die Heimüberwachung eingehalten werden und dabei die Qualität der Betreuung und Versorgung der Bewohner, die Einhaltung der ärztlich angeordneten Maßnahmen, die Gewährleistung einer aktivierenden Pflege, die Einhaltung der vereinbarten Personalschlüssel sowie ein akzeptables Verhältnis von Fach- zu Hilfskräften und des Ausstattungsstandards miteinbezogen werden.
32. Die Landesregierung wird aufgefordert, zu prüfen, wie die Interessen der Heimbewohner besser vertreten werden können, wenn kein Heimbeirat bestellt ist.
33. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß in Zusammenarbeit mit den Stadt- und Landkreisen sowie den gesetzlichen Krankenkassen landesweit ein bedarfsgerechtes Netz gerontopsychiatrischer Tagesstätten errichtet wird.
34. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß durch eine weitere Verbesserung des Pflegeschlüssels eine aktivierende und rehabilitative Pflege ermöglicht wird.
35. Die Landesregierung wird aufgefordert, das Berufsbild der Altenpfleger bundesrechtlich abzusichern.



36. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Ausbildung in der Altenpflege durch eine bessere Abstimmung und Verzahnung der theoretischen und praktischen Lerninhalte während der Ausbildung sicherzustellen.
37. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß Altenpflegeschüler/-innen auf die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst nicht mehr angerechnet werden.
38. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß die Arbeits- und Einkommensbedingungen für die Pflegeberufe verbessert werden, insbesondere
  - eine weitere deutliche Verbesserung der Vergütungen sowie der Zulagen für Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit,
  - eine Verbesserung der unattraktiven Arbeitszeiten, um insbesondere eine bessere Vereinbarkeit von beruflicher und privater Tätigkeit zu erreichen,
  - die Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsangebote im Rahmen eines abgestimmten Gesamtkonzepts mit standardisierten Inhalten und anerkannten Qualifikationen, die den beruflichen Aufstieg und den Zugang zu Leitungspositionen ermöglichen,
  - die Aufstiegschancen für das Alten- und Krankenpflegepersonal durch qualifizierte und allgemein anerkannte Abschlüsse zu verbessern und tarifrechtlich abzusichern,
  - die Ansiedlung der für bestimmte Schlüsselpositionen notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen auf Fachhochschulebene,
  - eine regelmäßige Betreuung der Pflegekräfte durch Supervision und ähnliche Gesprächsmöglichkeiten.
39. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Einführung und Erprobung neuer Arbeitsformen in der Alten- und Krankenpflege (Teamarbeit, Gruppenpflege und Mitarbeiterverbundsysteme etc.) zu unterstützen und wissenschaftlich zu begleiten.
40. Die Landesregierung wird aufgefordert, eine Untersuchung über Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit des Alten- und Pflegepersonals durchzuführen und zu prüfen, durch welche weiteren Maßnahmen die Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe verbessert werden können.
41. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Gewinnung von Pflegekräften durch den Einsatz gezielter, wirkungsvoller Werbemaßnahmen, Wiedereingliederungskurse sowie durch Umschulungsmaßnahmen zu unterstützen.
42. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Träger bei ihren Bemühungen zu unterstützen, die Personalausfälle, die durch fehlende Zivildienstleistende entstehen, auszugleichen.
43. Die Landesregierung wird aufgefordert, zu prüfen, wie längerfristig in unserer Gesellschaft die Fragen des Sterbens und des Todes wieder in das Bewußtsein gerückt werden können.
44. Die Landesregierung wird aufgefordert, bei den Trägern der Krankenhäuser darauf hinzuwirken, daß die organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen geschaffen werden, daß Angehörige mit Sterbenden ungestört zusammen sein können.

45. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß sowohl in der medizinischen als auch in der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung die Auseinandersetzung mit Fragen des Sterbens gebührend berücksichtigt wird.
46. Die Landesregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß die schmerztherapeutischen Kenntnisse der Ärzte deutlich verbessert werden.
47. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Arbeit ambulanter Hospizdienste sowie von ehrenamtlichen Sitzwachengruppen zu unterstützen.

B.

Der Untersuchungsausschuß empfiehlt mehrheitlich – mit den Stimmen der Ausschußmitglieder der CDU-Fraktion sowie der Fraktion GRÜNE und der FDP/DVP-Fraktion gegen die Stimmen der SPD-Fraktion – dem Landtag, folgendes zu beschließen:

48. Die Landesregierung wird aufgefordert, Seniorengenossenschaften in mehreren Bereichen des Landes modellhaft einzurichten.
49. Die Landesregierung wird aufgefordert, beim Bund intensiv für die Absicherung des Pflegerisikos einzutreten.

C.

Zum Verfahren empfiehlt der Untersuchungsausschuß einstimmig dem Landtag, folgendes zu beschließen:

50. Die Landesregierung wird aufgefordert, über den Vollzug der Ziffern 1 bis 49 innerhalb von 12 Monaten zu berichten.
51. Der Landtag nimmt Kenntnis vom Bericht des Untersuchungsausschusses „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“.
52. Der Untersuchungsausschuß wird aufgelöst.

**Angeschlossen:**

A.

Vom Untersuchungsausschuß abgelehnte Beschlußempfehlungen der Abgeordneten Weinmann, Bebbler und Seltenreich der SPD-Fraktion sowie des Abgeordneten Dr. Schwandner der Fraktion GRÜNE:

**1. Pflegeversicherung**

Die Landesregierung wird aufgefordert,

1. im Bundesrat einen Gesetzentwurf zur Errichtung einer eigenständigen gesetzlichen Pflegeversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung einzubringen bzw. im Bundesrat entsprechende Initiativen anderer Bundesländer oder der Bundesregierung zu unterstützen;
2. ihre Bundesratsinitiative zur Einführung einer Pflichtversicherung des Pflegerisikos bei privaten Versicherungsunternehmen nicht weiter zu verfolgen.

**Begründung \*)**

Die fehlende Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist nach wie vor ein sozialstaatliches Defizit. Während im Krankheitsfall Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung besteht, muß der einzelne bei Pflegebedürftigkeit alle damit verbundenen Kosten entweder selbst tragen oder ist auf Sozialhilfe angewiesen. Die im Untersuchungsausschuß angehörten Sachverständigen forderten daher übereinstimmend – entgegen den Vorstellungen der Landesregierung – die Einführung einer Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung. Die Absicherung des Pflegerisikos soll dabei in gleicher Weise geschehen wie die Absicherung des Krankheitsfalls durch die gesetzliche Krankenversicherung. Dabei werden die Beiträge je hälftig von den Versicherten und vom Arbeitgeber aufgebracht. Damit entsteht ein Anspruch auf finanzielle Leistungen sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege. Diese Lösung bringt erhebliche Vorteile mit sich: Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist damit im bewährten sozialen Sicherungssystem abgedeckt. Die bestehenden Abgrenzungsprobleme zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit werden deutlich reduziert. Der Aufbau eines neuen und aufwendigen Verwaltungsapparates ist unnötig, wenn der neue Versicherungszweig unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt wird. Dem Solidarprinzip wird durch einkommensmäßig gestaffelte Beiträge Rechnung getragen.

Das Konzept der Landesregierung zur Einführung einer privaten Pflegeversicherung ist unzureichend und mit schweren Mängeln behaftet. Insbesondere fehlt in diesem Modell die soziale Komponente, denn eine Staffelung der Beiträge nach der Höhe des Einkommens ist ebensowenig vorgesehen wie die Beteiligung des Arbeitgebers. Überhöhten Beiträgen ohne Mitversicherung des Ehepartners stehen darüber hinaus nur unzureichen-

\*) Die Beschlußempfehlungen I. bis VIII. wurden nach Abschluß der Ausschlußberatung von den SPD-Ausschußmitgliedern mit Begründungen versehen, um auf diese Weise ihre abweichenden Standpunkte zu verdeutlichen.

de Leistungen gegenüber. Vor allem aber wird durch den Vorschlag der Landesregierung die schon bisher verhängnisvolle Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit aufgrund der Interessensgegensätze von Kranken- und privater Pflegeversicherung noch weiter verschärft. Streitigkeiten zwischen den privaten Versicherungen und der gesetzlichen Krankenversicherung über den Begriff des Pflegefalls bzw. den Krankheitsbegriff sind vorprogrammiert. Ein Versicherungszwang bei privaten Versicherungsunternehmen wird daher von fast allen Experten abgelehnt.

Aus den angeführten Gründen darf die Landesregierung ihre Bundesratsinitiative zur Einführung einer privaten Pflegeversicherung nicht weiter verfolgen, sondern muß sich für eine umfassende Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung einsetzen.

## II. Sozialstationen

Die Landesregierung wird aufgefordert,

den weiteren personellen und fachlichen Ausbau der Sozialstationen durch

- Erhöhung des vom Land gewährten Personalkostenzuschusses in einem ersten Schritt von bisher 8 300 DM auf 10 300 DM ab 1991;
- weitere Fortschreibung des Zuschusses in einem fünfjährigen Stufenplan auf 18 000 DM;
- eine personelle Aufstockung der Sozialstationen auf durchschnittlich 16 den veränderten Anforderungen entsprechend qualifizierte Fachpflegekräfte pro 20 000 Einwohnern

zu ermöglichen.

### Begründung \*)

Der im Konzept der Landesregierung angestrebte personelle Ausbau der Sozialstationen bis zum Jahr 2000 ist immer noch völlig unzureichend. Die Sozialstationen können aufgrund der zu geringen Personalausstattung schon heute meist nur die medizinischen, nicht aber soziale bzw. kommunikative Leistungen erbringen. Auch die pflegerische Beratung sowie die dringend notwendige psychosoziale Betreuung von Angehörigen sind aus diesem Grund kaum möglich. In Zukunft wird sich jedoch die Nachfrage nach ambulanter Pflege deutlich verstärken. Die zügige Aufstockung des Personals in den Sozialstationen auf durchschnittlich 16 qualifizierte Pflegekräfte muß deshalb dringend vollzogen werden.

Die Landesförderung der Sozialstationen stagniert darüber hinaus schon seit 1981 unverändert bei 8 300 DM pro Fachkraft und Jahr. Im Hinblick auf die gestiegenen und weiter steigenden Personalkosten sollte die Landesförderung darum in einem ersten Schritt auf 10 300 DM pro Jahr und Fachkraft erhöht werden. In einem fünfjährigen Stufenplan sollte der Zuschuß darüber hinaus bis auf 18 000 DM pro Fachkraft fortgeschrieben werden.

### III. Ausbau der ambulanten Dienste

Die Landesregierung wird aufgefordert,

die Förderung der Altenhilfe durch den weiteren personellen und fachlichen Ausbau der ambulanten Hilfs- und Pflegedienste sowie der mobilen sozialen Dienste und Nachbarschaftshilfen zu verbessern und die hierfür erforderlichen Mittel zu gewähren.

#### Begründung \*)

Ambulante Dienste wie Nachbarschaftshilfen, mobile soziale Dienste, Essen auf Rädern, werden aufgrund der demographischen Entwicklung in Zukunft verstärkt nachgefragt werden. Sie erfüllen eine wichtige Funktion im Rahmen der ambulanten Altenhilfe, sind aber schon jetzt vielfach überfordert. Voraussetzung des dringend notwendigen Ausbaus der Dienste, die Leistungen und Hilfen der offenen Altenhilfe erbringen, ist eine gesicherte Finanzierungsgrundlage. Die Konzeption des Landes zur Neuordnung der ambulanten Hilfen sieht nur bei den Sozialstationen Personalverbesserungen vor. Die anderen ambulanten Dienste müssen sich mit der Bezuschussung von Einsatzleitungen begnügen, während die bisher in diesem Bereich bestehenden Förderprogramme ersatzlos gestrichen werden. Alle Dienste und Einrichtungen der ambulanten Altenhilfe sollten jedoch als gleichwertig anerkannt und mit angemessenen Finanzierungsbedingungen ausgestattet werden. Darüber hinaus muß dem wachsenden Bedarf nach solchen Hilfen durch einen raschen und deutlichen Ausbau der ambulanten Dienste Rechnung getragen werden.

### IV. Koordination in der Altenhilfe und Altenpflege

Die Landesregierung wird aufgefordert,

unverzüglich auf die Umsetzung eines wohnortnahen Hilfeverbunds aller Dienste und Einrichtungen im Bereich der Altenhilfe und Altenpflege hinarbeiten und dafür

- sicherzustellen, daß bei den Stadtkreisen und Großen Kreisstädten sowie bei den Landkreisen für Städte und Gemeinden mit weniger als 20 000 Einwohnern bürgernahe Informations-, Auskunfts- und Beratungsstellen der Altenhilfe eingerichtet werden;
- die Einrichtung eines Netzes von hauptamtlichen Einsatzleitungen bei Nachbarschaftshilfe und ambulanten Diensten zu fördern und die Koordination und Kooperation der Dienste und Einrichtungen untereinander deutlich zu verbessern;
- zusammen mit den Kommunen und den Trägern der Dienste und Einrichtungen die notwendigen finanziellen Grundlagen dafür sicherzustellen.

#### Begründung \*)

Nach wie vor besteht in Baden-Württemberg kein vernetzter Hilfeverbund aller Dienste und Einrichtungen der ambulanten Altenhilfe. Das Fehlen ei-

ner ersten Anlaufstelle, die Informationen über sämtliche Angebote und Hilfen hat, erschwert es den älteren Bürgern und ihren Angehörigen oft, raschen Zugang zu den entsprechenden Diensten zu finden. Darüber hinaus bestehen gerade in der Zusammenarbeit und Verknüpfung der verschiedenen Dienste und Einrichtungen erhebliche Mängel. Das Angebot der ambulanten Dienste ist zu wenig aufeinander abgestimmt und für den Benutzer vielfach nicht überschaubar. Die im Konzept der Landesregierung nun vorgesehene Einrichtung von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung. Die vorgesehene Anbindung dieser Stellen an die Sozialstationen stellt diese allerdings in den Mittelpunkt der Versorgung und übergeht damit die übrigen ambulanten Dienste. Die Fixierung des Konzepts ausschließlich auf die Sozialstationen ist problematisch und schränkt die Pluralität des Angebots sowie die Wahlfreiheit der Bürger ein. Die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen sollten aus diesem Grund in kommunaler Trägerschaft bzw. im Rahmen einer überverbandlichen Vereinbarung eingerichtet werden.

#### V. Anforderungen an private Pflegedienste

Die Landesregierung wird aufgefordert,

darauf hinzuwirken, daß private Pflegedienste einem besonderen Genehmigungsverfahren sowie einer Aufsichts- und Kontrollinstanz unterliegen und zur Leitung gewerblicher Pflegedienste entsprechende berufliche Qualifikationen nachgewiesen werden müssen.

#### Begründung \*)

Private Pflegedienste werden in den letzten Jahren vermehrt angeboten. Sie unterliegen jedoch keiner besonderen Aufsicht oder Kontrolle, sondern müssen lediglich gewerberechtlich angezeigt werden. Besondere pflegerische Qualifikationen werden dabei nicht vorausgesetzt. Die Betreuung von pflegebedürftigen älteren Menschen erfolgt daher oft durch Ungelernte ohne besondere fachliche Ausbildung. Im Interesse der Pflegebedürftigen und zur Gewährleistung einer den fachlichen Ansprüchen genügenden Pflege sollten privatgewerbliche Pflegedienste einem besonderen Genehmigungsverfahren unterzogen werden sowie einer Aufsichts- und Kontrollinstanz unterliegen. Darüber hinaus sollte die Leitung eines privaten Pflegedienstes vom Nachweis einer entsprechenden Qualifikation abhängig sein.

#### VI. Landesweiter Aufbau geronto-psychiatrischer Tagesstätten

Die Landesregierung wird aufgefordert,

darauf hinzuwirken, daß ein bedarfsgerechtes, landesweites Netz von geronto-psychiatrischen Tagesstätten zur Versorgung psychisch kranker älterer Menschen aufgebaut wird und hierfür die finanziellen Grundlagen durch eine Übernahme der ungedeckten Kosten unter Beteiligung der Stadt- und Landkreise und aller gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen.

**Begründung \*)**

Die durch die bestehenden geronto-psychiatrischen Tagesstätten in Heilbronn und Göppingen gewonnenen Erfahrungen verdeutlichen, daß die Lebensumstände und die gesundheitliche Situation von psychisch kranken älteren Menschen durch ein Betreuungsangebot, das gezielt auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet ist, erheblich verbessert werden können. Der Besuch der Tagesstätte in Heilbronn durch den Untersuchungsausschuß sowie die Anhörung von Mitarbeitern und von Angehörigen der Betreuten haben gezeigt, daß die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen durch die dort geleistete Tagesbetreuung gefördert und erhalten werden. Darüber hinaus werden auf diese Weise auch die Angehörigen wirksam entlastet. Wichtig ist darum der Aufbau weiterer geronto-psychiatrischer Tagesstätten mit dem Ziel eines landesweiten, bedarfsgerechten Netzes. Die dafür erforderlichen Mittel können nicht allein von den Kommunen und – wie in Heilbronn und Göppingen zur Zeit noch der Fall – vom AOK-Landesverband aufgebracht werden. Das Land sollte darum von seiner bisherigen Weigerung abrücken und durch die Übernahme der ungedeckten Kosten zusammen mit den Stadt- und Landkreisen sowie allen gesetzlichen Krankenkassen die notwendigen finanziellen Grundlagen zum Aufbau eines landesweiten Netzes geronto-psychiatrischer Tagesstätten schaffen.

**VII. Verbesserung des Pflegeschlüssels**

Die Landesregierung wird aufgefordert,

zur Sicherstellung der zweiten Stufe der beabsichtigten Personalschlüsselverbesserung und zur Entlastung der Pflegesätze den Investitionskostenzuschuß bei Pflegeheimplätzen auf 50 % zu erhöhen und die hierfür erforderlichen Mittel im Haushalt 1991/1992 einzustellen.

**Begründung \*)**

Eine menschenwürdige, aktivierende und rehabilitative Pflege kann trotz der Anstrengungen des Pflegepersonals durch die vollkommen unzureichende Personalsituation in den Heimen oft nicht verwirklicht werden. Ursache hierfür ist der ungenügende Personalschlüssel. In der Schwerstpflge soll zwar ab 1991 ein verbesserter Personalschlüssel von 1 : 2,37 erreicht und damit zirka 2 000 Neueinstellungen ermöglicht werden. Kosten- und Heimträger machen die Realisierung dieser – dringend notwendigen – Verbesserung allerdings davon abhängig, daß das Land Baden-Württemberg die Investitionskostenzuschüsse auf 50 % ab dem 1. Januar 1991 erhöht. Die Landesregierung weigert sich bis jetzt, diese Forderung zu erfüllen. Die Anpassung der Personalausstattung in den Alten- und Pflegeheimen an die Bedürfnisse der zu pflegenden Heimbewohner darf jedoch nicht noch länger hinausgezögert werden. Die Landesregierung muß daher der berechtigten Forderung der Landeswohlfahrtsverbände Rechnung tragen und die Investitionskostenzuschüsse auf 50 % erhöhen.

### VIII. Bessere Arbeitszeitregelungen für das Pflegepersonal

Die Landesregierung wird aufgefordert,

zur Verwirklichung einer personalfreundlicheren Dienstplangestaltung für das Alten- und Krankenpflegepersonal

1. bei den Trägern der Alten- und Pflegeheime sowie bei den Krankenhausträgern auf die Einführung des 5-Tage-Dienstes hinzuwirken;
2. in den Kliniken und Krankenhäusern des Landes im Einvernehmen mit der zuständigen Personalvertretung unverzüglich den 5-Tage-Dienst einzuführen.

#### Begründung \* )

Neben vielen anderen Gründen ist der Pflegenotstand auch auf die oft noch antiquierten, arbeitnehmer- und familienfeindlichen Dienstzeiten bzw. Dienstpläne zurückzuführen. So ist für einen großen Teil des Pflegepersonals derzeit noch ein Arbeitsrhythmus vorgeschrieben, der immer erst nach zwölf Arbeitstagen bzw. Arbeitsschichten zwei freie Tage vorsieht.

Ziel muß es sein, einen Arbeitsrhythmus einzuführen, der jeweils nach fünf Arbeitstagen zwei freie Tage vorsieht, wie dies in nahezu allen anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes und der privaten Wirtschaft gang und gäbe ist.

In Anbetracht der besonderen Situation des Pflegebereichs kann sich dabei der fünftägige Arbeitsrhythmus des Pflegepersonals im Gegensatz zu anderen Bereichen nicht auf die Wochentage Montag bis Freitag beschränken, ebensowenig wie die zwei freien Tage grundsätzlich immer an den Wochenenden gewährt werden können.

Gefordert wird allein eine grundsätzliche Rhythmusänderung auf jeweils „fünf Tage Arbeit – zwei Tage frei“.

#### B.

Vom Untersuchungsausschuß abgelehnte Beschlußempfehlungen des Abgeordneten Haag der FDP/DVP-Fraktion:

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen:

#### I. Prävention und Rehabilitation

1. Darauf hinzuwirken, daß

- a) die Ernährungsberatung und die Bekämpfung des Nikotin- und Alkoholmißbrauches durch die Ärzteschaft und die Krankenkassen verstärkt werden,
- b) die Informationsdefizite über gesundheitliche Risiken und Gefährdungen im Alter durch eine mehr zielgruppenorientierte Aufklärungsarbeit abgebaut werden und auch besser über das Phänomen der Altersdepressionen aufgeklärt wird;



2. an jeder medizinischen Fakultät des Landes einen Lehrstuhl für Geriatrie einzurichten und die Ausbildung der Medizinstudenten sowie die Fort- und Weiterbildung von Ärzten vermehrt auf geriatrische Kenntnisse auszurichten;
3. a) in jedem Landkreis an den dortigen Krankenhäusern mindestens eine Fachabteilung für Altersmedizin einzurichten, die auch eine ausreichende Bettenzahl für palliative Therapie bereitstellt,  
b) flächendeckend und im Schnitt in jedem Landkreis ein Rehabilitationszentrum für alte Menschen einzurichten und rehabilitationsbedürftige Patienten möglichst bald aus den Akutkrankenhäusern, die über keine besonderen Rehabilitationseinrichtungen verfügen, in diese Rehabilitationszentren zu verlegen,  
c) bei jeder Entlassung alter Menschen aus den Akutkrankenhäusern von Amts wegen die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit zu prüfen und von dort aus die Reha-Maßnahmen einzuleiten,  
d) die ambulante Nachsorge nach durchgeführten Reha-Maßnahmen, insbesondere bei der Hilfsmittelberatung, durch besonders geschulte Fachkräfte zu gewährleisten,  
e) zu prüfen, ob die unzureichende Versorgung von Rehabilitationspatienten durch besondere Rehabilitationsärzte verbessert werden kann.

## II. Beteiligung am gesellschaftlichen Leben

1. Die älter werdende Bevölkerung über Medien und die Einrichtungen der Erwachsenenbildung gezielter auf Altersprobleme und das Leben im Alter vorzubereiten und die Wichtigkeit eines aktiven Alters und ständiger Kontaktpflege einzuüben;
2. zu veranlassen, daß älteren Menschen in Sportvereinen und anderen Einrichtungen, die Gymnastik für alte Menschen veranstalten, vermehrt altengerechter Sport und Gymnastik angeboten werden.

## III. Wohnen

Die Kommunen zu veranlassen, die Verkehrswege alten- und behindertengerecht (z. B. durch rollstuhlgerechte Wegeführung, Aufstellung von Ruhebänken etc.) zu gestalten.

## IV. Geriatriisch-gerontologische Forschung

Die großen Defizite der gerontologischen, insbesondere auch der geriatrischen Forschung abzubauen und neben der Schaffung von mehr Lehrstühlen in Zusammenarbeit mit dem Bund und anderen Bundesländern die Forschung bei spezifischen Alterskrankheiten, insbesondere den Altersdemenzen, zu verstärken.

## V. Ambulante Altenhilfe

Die Konzeption des Sozialministeriums zur Neuordnung der ambulanten Hilfen (Ausbau, Weiterentwicklung und Finanzierung von Sozialstationen und ambulanten Diensten) zügig umzusetzen und darüber hinaus

- den Zuschuß für eine Pflegekraft von derzeit 8 300 DM entsprechend den gestiegenen Lohnkosten fortzuschreiben
- den Personalschlüssel von 8 Pflegekräften auf 20 000 Einwohner auf 14 zu erhöhen
- die Ausbildung von ehrenamtlichen Kräften zu verstärken

- die ambulanten Hilfen außerhalb des engeren Pflegebereichs (Einkaufshilfen, Essen auf Rädern, Putzhilfen) wesentlich stärker auszubauen und auf eine bessere finanzielle Grundlage zu stellen, um der sozialen Verwahrlosung insbesondere Alleinstehender gezielter zu begegnen und dabei auch zu prüfen, inwieweit ehrenamtliche Kräfte im Hauswirtschaftsbereich zu Fachwirtschafterinnen ausgebildet werden können
- zur Entlastung pflegender Angehöriger ein ausreichendes Netz von Kurzzeitpflegeplätzen zu schaffen
- pflegende berufstätige Angehörige durch vermehrte Tagespflegeplätze zu entlasten
- darauf hinzuwirken, daß die derzeitige restriktive Auslegung der Schwerepflegebedürftigkeit nach dem Gesundheitsreformgesetz zugunsten der Pflegebedürftigen verbessert wird, indem der Grad der Behinderung für den Anspruch auf Leistungen abgesenkt wird.

#### VI. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege

1. Den notwendigen Umfang von ambulanter und stationärer Altenhilfe und die daraus resultierenden Wechselbeziehungen gutachtlich zu untersuchen und zu klären, wie sich hinsichtlich des Personalaufwands und den Kosten stationäre und ambulante Altenhilfe zueinander verhalten. Dabei wäre insbesondere zu prüfen,
  - ab welchem Pflegeaufwand und Grad der Pflegebedürftigkeit insgesamt eine stationäre Altenhilfe nicht nur wirtschaftlicher, sondern auch besser in der Lage ist, der Gefahr Alleinstehender, zu Hause zu verwahrlosen, zu begegnen,
  - wie sich die Kosten der Tagespflege zu den Kosten der vollstationären Unterbringung verhalten;
2. die Land- und Stadtkreise zu veranlassen, ihre Pläne für die stationäre Altenpflege infolge der verschlechterten Rahmenbedingungen, insbesondere der größeren Zahl von Singlehaushalten im städtischen Bereich und der höheren Lebenserwartung alter Menschen, fortzuschreiben;
3. den Ausbau der auf jeden Fall fehlenden 14 000 Pflegeplätze zu beschleunigen, um die in verschiedenen Gebieten noch viel zu langen Wartezeiten auf einen Pflegeplatz abzubauen;
4. dafür zu sorgen, daß durch die Heimaufsicht der Wohncharakter der Pflegeheime nicht unter krankenhausesmäßigen Bedingungen beurteilt wird;
5. die Landeszuschüsse für die Investitionskosten von Pflegeheimen um weitere 10 %-Punkte auf 50 % zu erhöhen und die Höhe der sogenannten förderfähigen Kosten dem tatsächlichen Bedarf anzupassen;
7. im Hinblick auf die Zunahme der Altersdemenzen den Ausbau geronto-psychiatrischer Tagesstätten und vollstationärer Einrichtungen zu forcieren und auch in allgemeinen Pflegeheimen geronto-psychiatrische Abteilungen mit einem besseren Pflegeschlüssel zuzulassen.

#### VII. Situation des Pflegepersonals

1. Die bisherigen Bemühungen um die Gewinnung von Altenpflegepersonal zu verstärken;
2. insbesondere in den Ballungszentren den Trägern von Altenhilfeeinrichtungen durch eine Bezuschussung, wie sie bei dem Bau von Pflegeeinrichtungen üblich ist, auch den Bau von Werkwohnungen für Pflegepersonal oder die Gewährung von Mietbeihilfen zu ermöglichen;

3. bei der Verbesserung des Pflegeschlüssels die notwendige Fort- und Weiterbildung und die Supervision des Altenpflegepersonals einzukalkulieren, damit diese Maßnahme nicht an einer zu knappen Personalsituation und aus sonstigen Kostengründen scheitert;
4. die im August 1989 erreichten Tarifverbesserungen für das Pflegepersonal weiter zu entwickeln und insbesondere auch für die nicht voll ausgebildeten Pflegekräfte, die sich durch jahrelange Berufserfahrung einen hohen Kenntnisstand erarbeitet haben, eine bessere Eingruppierung zu ermöglichen;
5. das Berufsbild der Altenpfleger bundesrechtlich abzusichern;
6. die Aufstiegschancen für das Alten- und Krankenpflegepersonal durch qualifizierte und allgemein anerkannte Abschlüsse zu verbessern und tarifrechtlich abzusichern;
7. die Ausbildungsgänge und Berufsbilder der leitenden Mitarbeiter von Altenpflegeeinrichtungen und des Lehrpersonals für Alten- und Krankenpfleger/innen bundesrechtlich zu regeln;
8. den Anrechnungsschlüssel für Kranken- und Altenpflegeschüler zu verbessern, damit die Schüler nicht als billige Arbeits- und Aushilfskräfte benützt werden.

#### VIII. P f l e g e v e r s i c h e r u n g

Die finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit voranzutreiben und eine Pflichtversicherung für Pflegebedürftigkeit einzuführen, die

- möglichst frühzeitig beginnt,
- entsprechend der allgemeinen Teuerungsrate dynamisierte Beiträge und Leistungen vorsieht,
- nach dem Kapitaldeckungsverfahren arbeitet und das Umlageverfahren lediglich als Übergangslösung für Personen vorsieht, die sich nach dem Kapitaldeckungsverfahren wegen vorgerückten Alters nicht mehr versichern können.

#### IX. H u m a n e s S t e r b e n

1. Den Anforderungen an ein humanes Sterben im Krankenhaus besser Rechnung zu tragen, indem für Sterbende Einzelzimmer zur Verfügung stehen, in denen sich auch die Angehörigen ständig aufhalten können;
2. der palliativen Medizin und insbesondere der Schmerzbekämpfung bei Kranken schon vor dem Finalstadium den gleichen Rang wie der kurativen Medizin einzuräumen;
3. zu prüfen, inwieweit besondere Krankenhausabteilungen für die Schmerztherapie und die palliative Medizin im Finalstadium notwendig sind;
4. die Ärzte, das Krankenhaus- und das Altenpflegepersonal bei der Aus- und Weiterbildung mit dem Thema „Sterben“ verstärkt zu konfrontieren;
5. die Sterbebegleitung durch ehrenamtliche Helfer auszubauen.



Anlage 1

**Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit, Familie und Sozialordnung  
Baden-Württemberg**

**Stellungnahme**

**zum Auftrag des Untersuchungs-Ausschusses  
„Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“**

Antrag der SPD-Fraktion auf Drucksache 10/311

Stuttgart, den 26. Oktober 1988

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorbemerkung	299
Zu Buchstabe A des Untersuchungsauftrags	
Nr. 1:	
Rechtliche und verwaltungsmäßige Regelungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege, Ausstattungsstandards	
I. Rechtliche Regelungen	
1. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	299
2. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	301

	Seite
II. Verwaltungsmäßige Regelungen	
1. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	303
2. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	303
III. Ausstattungsstandards	
1. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	305
2. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	305
 Nr. 2:	
Verwaltungsmäßige Durchführung der Regelungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege, Ausstattungsstandards	
I. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	
1. Sozialstationen	307
2. Ambulante Dienste außerhalb von Sozialstationen	307
II. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	
1. Investitionsförderung von stationären Einrichtungen der Altenhilfe	307
2. Durchführung des Heimgesetzes und seiner Rechtsverordnungen	313
3. Altenwohnungsbau	315
 Nr. 3:	
Überwachung der Einhaltung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege	
I. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege	315
II. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege	
1. Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung gewährter Landesmittel	316
2. Überwachung der Einhaltung der Vorschriften des Heimgesetzes	316
3. Überwachung der Zweckbestimmung bei Altenwohnungen	318

**Vorbemerkung:**

In den Bereichen der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege gibt es eine Vielzahl rechtlicher Regelungen, die eine landesgesetzliche, teilweise aber auch bundesgesetzliche Grundlage haben. Im folgenden werden daher auch die wichtigsten bundesgesetzlichen Regelungen angesprochen, soweit sie für die ambulante und stationäre Altenhilfe und Altenpflege von wesentlicher Bedeutung sind.

Die jeweiligen rechtlichen Regelungen sind in der derzeit gültigen Fassung aufgeführt. Dies gilt auch für die einschlägigen verwaltungsmäßigen Regelungen sowie für die festgelegten Ausstattungsstandards. Die vorliegende Stellungnahme berücksichtigt dabei insbesondere auch die in Nr. 1 bis 3 des Beweisantrags Nr. 1 zu Buchstabe A des Untersuchungsauftrags enthaltenen Beweisthemen.

**Zu Buchstabe A des Untersuchungsauftrags:**

Nr. 1:

*Rechtliche und verwaltungsmäßige Regelungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege, Ausstattungsstandards*

**I. Rechtliche Regelungen****1. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege****1.1**

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961 (BGBl. I S. 815, ber. S. 1875) i. d. F. vom 20. Januar 1987 (BGBl. I S. 401, ber. S. 494)

Für den Bereich der ambulanten Altenhilfe und Altenpflege sind insbesondere folgende Regelungen von Bedeutung:

- § 3 a (Vorrang der offenen Hilfe)
- §§ 11 ff. (Hilfe zum Lebensunterhalt)
- § 14 (Alterssicherung)
- § 23 Abs. 1 Nr. 1 (Mehrbedarf)
- §§ 68 ff. (Hilfe zur Pflege)
- §§ 70 ff. (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)
- § 75 (Altenhilfe)

**1.2**

Rechtliche Regelungen der Ausbildung in der Altenpflege

- Gesetz für die Schulen in freier Trägerschaft (Privatschulgesetz-PSchG) i. d. F. vom 19. Juli 1979 (GBl. S. 314) zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Juni (GBl. S. 189)

Die in freier Trägerschaft geführten Schulen für Altenpflege und für Haus- und Familienpflege sind Ersatzschulen im Sinne des Privatschulgesetzes (vgl. insbesondere § 3).

- Verordnung der Landesregierung über die Schulen für Altenpflege und für Haus- und Familienpflege vom 7. Mai 1980 (GBl. S. 298) zuletzt geändert durch Verordnung vom 21. Februar 1983 (GBl. S. 109)

Die Absolventen des Ausbildungsganges werden als Fachkräfte sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Altenpflege eingesetzt.

Die Landesregierung hat am 12. September 1988 im Einvernehmen mit den freien Trägern der Wohlfahrtspflege und den kommunalen Verbänden beschlossen, die Altenpflegeausbildung neu zu ordnen (vgl. hierzu Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU betreffend die Situation älterer Menschen in Baden-Württemberg – Drucksache 10/306 – zu Abschn. VII Nr. 10).

### 1.3

Gesetz über die Feststellung des Staatshaushaltsplans von Baden-Württemberg für die Haushaltsjahre 1987 und 1988 (Staatshaushaltsgesetz 1987/1988) vom 15. Dezember 1986 (GBl. S. 413)

Vgl. insbesondere Staatshaushaltsplan 1987/1988 Epl. 09:

- Kap. 0917 Wohlfahrtspflege
  - Tit. 684 01 Förderung der freien Wohlfahrtspflege
  - Tit. 684 04 Förderung von Sozialstationen
  - Tit. 684 05 Zusätzliche Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit in sozialen Bereichen
- Kap. 0918 Jugendhilfe
  - Tit. 684 04 Zuschüsse an die Schulen zur Ausbildung für Sozialberufe
- Kap. 0920 Altenhilfe
  - Tit. 684 01 Ambulante Altenbetreuung sowie Haus- und Familienpflege
  - Tit. 684 02 Zuschüsse zur Förderung von Maßnahmen der Altenhilfe der freien Träger der Wohlfahrtspflege
  - Tit. 684 03 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter der Altenhilfe
  - Tit. 684 04 Zuschüsse zur Aufklärung, Information und Durchführung von Veranstaltungen im Rahmen der offenen Altenhilfe

### 1.4

Landeshaushaltsordnung für Baden-Württemberg (LHO) vom 19. Oktober 1971 (GBl. S. 428), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Oktober 1987 (GBl. S. 445)

### 1.5

Vorläufige Allgemeine Verwaltungsvorschriften zur Landeshaushaltsordnung für Baden-Württemberg (VV-LHO) vom 11. Mai 1977 (GBl. S. 1109), zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 26. November 1986 (GBl. S. 1190)

### 1.6

Verordnung der Landesregierung über die Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht vom 12. Februar 1980 (GBl. S. 125, ber. S. 556)



## 2. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege

### 2.1

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961 (BGBl. I S. 815, ber. S. 1875) i. d. F. vom 20. Januar 1987 (BGBl. I S. 401, ber. S. 494)

Für den Bereich der stationären Altenhilfe und Altenpflege sind insbesondere folgende Regelungen von Bedeutung:

- § 3 Abs. 2 Satz 2 (Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung)
- § 21 Abs. 3 (Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung)
- § 75 (Altenhilfe)

### 2.2

Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz-HeimG) vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1873)

### 2.3

Verordnung der Landesregierung über Zuständigkeit nach dem Heimgesetz vom 15. April 1975 (GBl. S. 285)

### 2.4

Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimmindestbauverordnung – HeimMindBauV) vom 27. Januar 1978 (BGBl. I S. 189) i. d. F. vom 3. Mai 1983 (BGBl. I S. 550)

### 2.5

Verordnung über die Pflichten der Träger von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige im Falle der Entgegennahme von Leistungen zum Zwecke der Unterbringung eines Bewohners oder Bewerbers (HeimsicherungsV) vom 24. April 1978 (BGBl. I S. 553)

### 2.6

Verordnung über die Mitwirkung der Bewohner von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige in Angelegenheiten des Heimbetriebes (HeimMitwirkungsV) vom 19. Juli 1976 (BGl. I S. 1819)

### 2.7

Verordnung des Wirtschaftsministeriums über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO) vom 25. Februar 1970 (GBl. S. 98)

Nach § 22 Heimgesetz gelten die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen bis zu ihrer Aufhebung durch die Rechtsverordnungen nach den §§ 3 und 8 Heimgesetz fort, soweit sie nicht den Vorschriften des Heimgesetzes widersprechen.

### 2.8

Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869 (BGBl. des Norddeutschen Bundes S. 245) i. d. F. vom 1. Januar 1987 (BGBl. I S. 425)

## 2.9

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012, ber. S. 1300) i. d. F. vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262, ber. 1980 S. 151)

Vgl. insbesondere § 48 a (seuchenhygienische Überwachung)

## 2.10

Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (3. DVO) (Dienstordnung für die Gesundheitsämter – Besonderer Teil) vom 30. März 1935 (RMinBl. S. 327 = BGBl. III 2120-1-3)

Vgl. insbesondere § 47 (Beaufsichtigung nichtstaatlicher Anstalten)

## 2.11

Gesetz zur Sicherung der Zweckbestimmung von Sozialwohnungen (Wohnungsbindungsgesetz – WoBindG) vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 954) i. d. F. vom 22. Juli 1982 (BGBl. I S. 972)

## 2.12

Verordnung der Landesregierung zur Durchführung des Wohnungsbindungsgesetzes (WoBindGDVO) vom 10. Juni 1980 (GBl. S. 346), geändert durch Verordnung der Landesregierung vom 19. März 1984 (GBl. S. 281)

## 2.13

Landesgebührengesetz (LGebG) vom 21. März 1961 (GBl. S. 59), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Juli 1983 (GBl. S. 265) i. V. m. der Verordnung der Landesregierung über die Festsetzung der Gebührensätze für Amtshandlungen der staatlichen Behörden – GebVO – vom 16. Dezember 1985 (GBl. S. 429, ber. 1986 S. 160), zuletzt geändert durch Verordnung vom 12. Oktober 1987 (GBl. S. 462)

Vgl. insbesondere Gebührenverzeichnis Nr. 5 (Altenheime, Altenwohnheime, Pflegeheime für Volljährige)

## 2.14

Gesetz über die Feststellung des Staatshaushaltsplans von Baden-Württemberg für die Haushaltsjahre 1987 und 1988 (Staatshaushaltsgesetz 1987/1988) vom 15. Dezember 1986 (GBl. S. 413)

Vgl. insbesondere Staatshaushaltsplan 1987/1988 Epl. 09:

- Kap. 0920 Altenhilfe
  - Tit. 663 70 Zinszuschüsse zur Verbilligung von Kapitalmarktmitteln für die Bewilligung von Darlehen
  - Tit. 863 70 Öffentliche Baudarlehen
  - Tit. 883 70 Zuschüsse zur Förderung von Altenhilfeeinrichtungen an Gemeinden und Gemeindeverbände
  - Tit. 893 70 Zuschüsse zur Förderung von Altenhilfeeinrichtungen an Träger der freien Wohlfahrtspflege

## II. Verwaltungsmäßige Regelungen

### 1. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege

#### 1.1

Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung über die Regelsätze nach dem Bundessozialhilfegesetz vom 13. Juni 1988 (GABl. S. 589)

#### 1.2

Verwaltungsmäßige Regelungen für die Ausbildung in der Altenpflege

- Prüfungsordnung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung für die Schulen für Altenpflege und für Haus- und Familienpflege vom 7. Juli 1981 (GABl. S. 1049)
- Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung über die staatliche Anerkennung von Altenpflegern sowie von Haus- und Familienpflegern vom 7. Juli 1981 (GABl. S. 1053)
- Schulordnung des Ministeriums für Kultus und Sport für die Ausbildung in der Haus- und Altenpflegehilfe – Schulversuchsbestimmung gem. § 22 SchG –
- Schulordnung für die Ausbildung von staatlich geprüften Altenpflegehelfern zu staatlich anerkannten Altenpflegern – Schulversuchsbestimmung gem. § 22 SchG –

#### 1.3

Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung für die Förderung von Sozialstationen (RL-Sozialstationen) i. d. F. vom 16. Dezember 1982 (GABl. 1983 S. 845)

#### 1.4

Fördergrundsätze des Sozialministeriums für Zuwendungen für Maßnahmen auf dem Gebiet der offenen Altenhilfe, insbesondere für den weiteren Ausbau häuslicher Pflege- und Hilfsdienste unter verstärkter Berücksichtigung ehrenamtlicher Kräfte, aus Mitteln des Kap. 0920 Tit. 684 01 des Staatshaushaltsplans vom 5. Juni 1987 – Nr. IV/3-7074.6 – (vgl. Anlage 1)\*)

#### 1.5

Mittelzuweisungserlaß des Sozialministeriums zur Förderung der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg im Haushaltsjahr 1988 im Rahmen der Altenhilfe vom 5. September 1988 – Nr. IV/4-7069.7 – (vgl. Anlage 2)\*)

### 2. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege

#### 2.1

Bekanntmachung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung über den gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege errichteten Koordinierungsausschuß für Investitionen in der Altenhilfe sowie in der Suchtkranken- und Gefährdetenhilfe vom 27. November 1986 (GABl. 1987 S. 97)

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

## 2.2

Vereinbarung zur Regelung des Pflegesatzwesens in Baden-Württemberg (Pflegesatzvereinbarung) vom 14. Oktober 1965, i. d. F. vom 11. Mai 1970, zuletzt geändert am 16. April 1986 (vgl. Anlage 3)\*)

## 2.3

Schreiben des Sozialministeriums über die Pflegesätze in Heimen und Anstalten der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg vom 24. Mai 1988 – Nr. IV/1-7091.1 – (vgl. Anlage 4)\*)

## 2.4

Bekanntmachung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung über die Barbeträge nach dem Bundessozialhilfegesetz vom 13. Juni 1988 (GABl. S. 589)

## 2.5

Vereinbarung des Landkreistags Baden-Württemberg mit privaten Altenheimen (vgl. Anlage 5)\*)

## 2.6

Erlasse des Sozialministeriums zur Durchführung des Heimgesetzes (vgl. Anlage 8)\*)

## 2.7

Entwurf des Sozialministeriums für einen Kriterienkatalog mit Checkliste hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung, Betreuung und Pflege pflegebedürftiger Heimbewohner, insbesondere von gerontopsychiatrischen Pflegefällen und chronisch psychisch Behinderten in Heimen nach § 1 Heimgesetz (vgl. Anlage 9)\*)

## 2.8

Verwaltungsvorschrift zum Landeswohnungsbauprogramm 1988 vom 21. Januar 1988 (GABl. S. 97)

## 2.9

Richtlinien des Landes für bauliche Maßnahmen zugunsten von Behinderten vom 11. März 1977 (GABl. S. 433)

## 2.10

Planungsempfehlungen des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau für Altenwohnungen, Wohnungen in Altenwohnheimen und Wohnplätze in Altenheimen i. d. F. vom 8. Dezember 1972 (BAnz Nr. 49 vom 10. März 1973)

## 2.11

Verwaltungsvorschriften des Innenministeriums zur Durchführung des Wohnungsbindungsgesetzes (WoBindG-VwV) vom 25. Februar 1981 (GABl. S. 313), zuletzt geändert am 18. April 1985 (GABl. S. 565)

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

### III. Ausstattungsstandards

#### 1. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege

##### 1.1

###### Sozialstationen

Nach den Richtlinien des Sozialministeriums für die Förderung von Sozialstationen (RL-Sozialstationen) umfaßt deren personelle Mindestausstattung 4 hauptamtliche Pflegekräfte (vgl. RL-Sozialstationen Nr. 6.1 bis 6.5). Die Anerkennungsbehörde kann in begründeten Einzelfällen eine abweichende personelle Ausstattung einer Sozialstation zulassen. Die derzeitige personelle Ausstattung der einzelnen Sozialstationen mit fachlich qualifizierten Mitarbeitern schwankt zwischen 5 und 13 Mitarbeitern auf jeweils 20 000 Einwohner. Der Landesdurchschnitt liegt bei 8 Mitarbeitern auf 20 000 Einwohner. Im übrigen wird bezüglich der personellen Ausstattung von Sozialstationen auf die Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der CDU-Fraktion zur Situation älterer Menschen in Baden-Württemberg – Drucksache 10/306 – hingewiesen (vgl. hierzu Abschn. VI Nr. 1).

##### 1.2

###### Ambulante Dienste außerhalb von Sozialstationen

Für die äußerst verschiedenartigen ambulanten Dienste der Altenhilfe außerhalb von Sozialstationen (vgl. hierzu Abschn. VI Nr. 2 der Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der CDU-Fraktion – Drucksache 10/306 –) bestehen keine Ausstattungsstandards. Die Ausstattung dieser Dienste richtet sich insbesondere nach den von diesen angebotenen Leistungen sowie nach ihrem jeweiligen Einzugsbereich. Entsprechend dem vom Land geförderten Ausbau der Angebote ambulanter Altenhilfe ist die Zahl der in diesen Diensten eingesetzten Mitarbeiter in den vergangenen Jahren erheblich angestiegen. Während 1985 die Zahl der im Bereich der offenen Altenhilfe eingesetzten Kräfte noch bei rund 22 900 Personen lag, erhöhte sich diese Zahl bis Ende 1987 auf rund 28 800 (vgl. hierzu Drucksache 10/306 zu Abschn. VI Nr. 2).

Im Rahmen des Konzepts zur Weiterentwicklung der offenen Altenhilfe (vgl. hierzu Drucksache 10/306 zu Abschn. VI Nr. 2) wurden seit 1985 über 90 Maßnahmen in die Landesförderung aufgenommen. Nach den hierfür maßgeblichen Fördergrundsätzen vom 5. Juni 1987 (vgl. Anlage 1)\* beteiligt sich das Land an den entstehenden notwendigen Personal- und Sachkosten mit bis zu 80 v. H. des nicht gedeckten Aufwands, höchstens mit 50 000 DM pro Träger.

#### 2. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege

##### 2.1

###### Pflegekosten, personelle Ausstattung

Für die Pflegekosten, die von den Trägern der Sozialhilfe an die stationären Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege zu bezahlen sind, gilt die Vereinbarung zur Regelung des Pflegesatzwesens in Baden-Württemberg (Pflegesatzvereinbarung) (vgl. Anlage 3)\*. Nach § 18 der Pflegesatzvereinbarung ist für die Ermittlung und Festlegung der Pflegesätze und der Zuschläge zu den Pflegesätzen die Pflegesatzkommission zuständig. Die von der Pflegesatzkommission festgelegten allgemeinen Pflegesätze und Zuschläge zu den Pflegesätzen sowie die vom Ausschuß für Sonderpflegesätze festgelegten Sonderpflegesätze werden vom Sozialministerium bekanntgegeben (vgl. hierzu Anlage 4)\*.

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

Die Träger der Sozialhilfe legen derzeit folgende Personalschlüssel für die personelle Ausstattung der Alten- und Altenpflegeheime in Baden-Württemberg zugrunde:

- Leitung und Verwaltung: 1 : 30
- Wirtschaftsdienst
  - Altenheimbereich 1 : 7,5
  - Pflegeheimbereich 1 : 6
- Pflegedienst
  - Altenheimbereich 1 : 15
  - Pflegeheimbereich 1 : 3,5
- therapeutische Dienste 1 : 120

Auf Vermittlung von Frau Sozialminister Schäfer wird seit 1. März 1986 für die Pflege und Betreuung von Schwerstpflegefällen ein Schwerstpflegezuschlag gewährt, der im Schwerstpflegebereich eine Verbesserung des Pflegepersonalschlüssels von 1 : 3,5 auf 1 : 2,9 ermöglicht hat. Nach der seinerzeitigen Vereinbarung soll in einer zweiten Stufe ab 1. Januar 1989 die endgültige Höhe des Schwerstpflegezuschlags ausgehandelt und vereinbart werden, wobei als Obergrenze ein Personalschlüssel von 1 : 2,7 vorgesehen ist. Verhandlungen über darüber hinausgehende weitere Verbesserungen der Personalschlüssel sind bereits angelaufen (vgl. hierzu Drucksache 10/306 zu Abschn. VII Nr. 11).

## 2.2

### Bauliche Ausstattung

Bestimmungen über die bauliche Ausstattung von Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheimen enthält die Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige – Heimmindestbauverordnung – (vgl. oben I. 2.4). Diese Verordnung enthält Festlegungen, die lediglich die Untergrenze für die bauliche Ausstattung von stationären Altenhilfeeinrichtungen bilden. Bei der Förderung von Neubau-, Umwandlungs- und Sanierungsmaßnahmen von stationären Altenhilfeeinrichtungen mit Landesmitteln werden diese Mindestanforderungen in der weitaus überwiegenden Zahl der entsprechenden Maßnahme erheblich überschritten.

Bauliche Ausstattungsregeln für Altenwohnungen, Wohnungen in Altenwohnheimen und Wohnplätze in Altenheimen enthalten die Planungsempfehlungen des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau i. d. F. vom 8. Dezember 1972 (vgl. oben II.2.10).

Die bauliche Ausstattung stationärer Einrichtungen der Altenhilfe wird maßgeblich von der diesen Einrichtungen zugrundeliegenden Konzeption – aber auch vom jeweiligen Selbstverständnis des Trägers – bestimmt. Von besonderer Bedeutung ist dabei auch eine eingehende Beratung bei Neubau-, Umstrukturierungs- oder Sanierungsmaßnahmen. Diese Beratung wird angeboten von den Spitzenverbänden der Träger, von dem Kuratorium Deutsche Altershilfe, von den Oberfinanzdirektionen im Rahmen der baufachlichen Überprüfung von Bauvorhaben sowie von den Landeswohlfahrtsverbänden, insbesondere auch hinsichtlich der daraus sich ergebenden Folgekosten. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang nicht zuletzt auch die Beratung derartiger Maßnahmen im Koordinierungsausschuß für Investitionen in der Altenhilfe (vgl. zu Nr. 2 Abschn. II).

Nr. 2

*Verwaltungsmäßige Durchführung der Regelungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege. Ausstattungsstandards*

## **I. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege**

### **1. Sozialstationen**

Die Grundsätze für die verwaltungsmäßige Durchführung der Förderung von Sozialstationen sind in den Richtlinien des Sozialministeriums für die Förderung von Sozialstationen (RL-Sozialstationen) geregelt (vgl. zu Buchstabe A Nr. 1, II 1.3). Nr. 8 RL-Sozialstationen regelt das Anerkennungsverfahren; Nr. 9 RL-Sozialstationen enthält Regelungen für die Bewilligung der Landesförderung sowie für die Vorlage und Prüfung des Verwendungsnachweises.

Im übrigen werden im Rahmen der Förderung von Sozialstationen in enger Abstimmung mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene Prioritätenlisten erstellt, um zu gewährleisten, daß zusätzliche Förderstellen den antragstellenden Sozialstationen zugute kommen, deren Personalbedarf am größten ist. Die Regierungspräsidien legen ihren Entscheidungen über die Anerkennung zusätzlicher Personalstellen bei den Sozialstationen diese Prioritätenliste zugrunde.

### **2. Ambulante Dienste außerhalb von Sozialstationen**

Die Fördermittel des Landes für die ambulanten Dienste außerhalb von Sozialstationen werden den in der Liga der freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbänden für die zweckentsprechende Durchführung von Maßnahmen der offenen Altenhilfe gewährt. Die aufgrund des Vorschlags der Liga der freien Wohlfahrtspflege auf die Maßnahmen der Haus- und Familienpflege sowie der Nachbarschaftshilfe entfallenden Zuschüsse werden entsprechend der Zahl der eingesetzten Kräfte auf die Verbände der freien Wohlfahrtspflege aufgeteilt. Der Berechnung der Zuschüsse für die Essensdienste wird die Zahl der von den Trägern jeweils im Vorjahr geleisteten Mahlzeiten zugrundegelegt (vgl. hierzu Mittelzuweisungserlaß des Sozialministeriums zur Förderung der freien Wohlfahrtspflege vom 5. September 1988 – Anlage 2\* –). Die Förderung der Maßnahmen im Rahmen des Konzepts zur Weiterentwicklung der offenen Altenhilfe erfolgt auf der Grundlage eines von der Liga der freien Wohlfahrtspflege vorgelegten Fördervorschlags (vgl. hierzu Nr. 8 der Fördergrundsätze für die Weiterentwicklung der offenen Altenhilfe vom 5. Juni 1987 – Anlage 1\*).

## **II. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege**

### **1. Investitionsförderung von stationären Einrichtungen der Altenhilfe**

Die Investitionsförderung von stationären Einrichtungen der Altenhilfe erfolgt in der Regel aufgrund einer Förderempfehlung des Koordinierungsausschusses für Investitionen in der Altenhilfe (vgl. hierzu Bekanntmachung des Sozialministeriums über den gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege errichteten Koordinierungsausschuß für Investitionen in der Altenhilfe sowie in

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

der Suchtkranken- und Gefährdetenhilfe vom 27. November 1986; vgl. zu Buchst. A Nr. 1, II. 2.1). Die derzeit gültigen Fördersätze des Landes sind in Anlage 6\*) dargestellt.

Der am 15. September 1976 konstituierte Koordinierungsausschuß hat die Aufgabe, die Planung, den Bau und den Umbau von Heimen und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe und Einrichtungen für Personen mit besonderem sozialen Bedarf (§ 72 Bundessozialhilfegesetz) zu beurteilen. Hierbei prüft der Ausschuß vornehmlich, ob

- ein Bedarf für die geplante Maßnahme besteht, der sich auch an der mittel- und längerfristigen Entwicklung orientiert,
- Standort und bauliche Konzeption den vorgegebenen Anforderungen entsprechen,
- Finanzierung und Bauausführung unter besonderer Berücksichtigung der Folgekosten als wirtschaftlich angesehen werden können,
- und in welchem Umfang sich strukturelle Änderungen einer Einrichtung auf das Platzangebot und die Pflegesätze auswirken.

Der Ausschuß behandelt nur Vorhaben, deren Gesamtkosten 500 000 DM überschreiten oder die das Platzangebot im Einzelfall um mehr als 10 v. H. bzw. um mehr als acht Plätze verändern.

Im Ausschuß sind neben einem Vertreter des Sozialministeriums, der gleichzeitig den Vorsitz führt, fünf Mitglieder der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg sowie fünf Mitglieder aus den kommunalen Landesverbänden und den Landeswohlfahrtsverbänden vertreten. Die vom Ausschuß beschlossenen Förderempfehlungen haben gutachterlichen Charakter; das Land sowie andere öffentliche Zuwendungsgeber fördern ein Vorhaben in der Regel nur dann, wenn der Ausschuß eine positive Empfehlung beschlossen hat.

Neben der Behandlung einzelner Förderanträge werden im Koordinierungsausschuß auch grundsätzliche Fragen der stationären Altenhilfe erörtert. Daneben beschließt der Ausschuß – unter Berücksichtigung der jeweiligen Dringlichkeit – auch über die Prioritäten für die in die Landesförderung aufzunehmenden Einzelmaßnahmen. Im Jahr 1987 hat der Koordinierungsausschuß sechs Sitzungen abgehalten, in denen – neben der Erörterung grundsätzlicher Fragen – insgesamt 65 Förderanträge behandelt worden sind.

Im Rahmen seiner bisherigen Tätigkeit hat der Koordinierungsausschuß – insbesondere im Zusammenhang mit der Beratung vorgelegter Förderanträge – zahlreiche Beschlüsse gefaßt; im folgenden werden die wichtigsten dieser Beschlüsse dargestellt, soweit sie nicht durch Zeitablauf oder weitere Beschlüsse in der jeweiligen Angelegenheit überholt bzw. gegenstandslos geworden sind:

#### Grundsatzbeschlüsse zum Verfahren (Geschäftsordnung)

- Geheimhaltung, Mitteilung des Beschlusses (Sitzung vom 21. Februar 1985)

Es wird festgestellt, daß

- Beratungsverlauf und Abstimmungsergebnis gemäß der Geschäftsordnung der Geheimhaltung unterliegen,
- den Antragstellern vom zuständigen Regierungspräsidium der Beschluß des Ausschusses, gegebenenfalls mit Begründung, schriftlich mitzuteilen ist. Demnach ist ein Protokollauszug dem Antragsteller nicht zu übermitteln.

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.



- **Stellungnahmen der Regierungspräsidien**  
(Sitzung vom 25. März 1985)  
Der Ausschuß bittet die Regierungspräsidien, ihre Stellungnahmen zusammen mit den Antragsunterlagen vorzulegen.
  
- **Geänderte Antragsformulare** (Sitzung vom 25. März 1985)  
Der Ausschuß beschließt, daß die Antragsformulare mit den erfolgten Änderungen für die Beratung im 1. und 2. Durchgang ab sofort verwandt werden sollen. (Der Beschluß vom 25. März 1985 sowie die Antragsvordrucke zum 1. und 2. Durchgang sind als Anlagen 7.1–7.3\*) beigefügt).
  
- **Termin, Antragsunterlagen** (Sitzung vom 25. Mai 1988)  
Der Ausschußvorsitzende weist darauf hin, daß das Sozialministerium künftig nur noch entscheidungsreife Vorhaben auf die Tagesordnung nehmen werde. Dabei müßten die vollständigen Antragsunterlagen einschließlich der Stellungnahme des jeweiligen Regierungspräsidiums dem Sozialministerium spätestens vier Wochen vor dem Sitzungstermin vorliegen.

Grundsatzbeschlüsse zu einzelnen Förderbereichen sowie zu grundsätzlichen Fragen der stationären Altenhilfe

- **Stellungnahme der Oberfinanzdirektion**  
(Sitzung vom 23. November 1978)  
Es wird festgelegt, daß der Ausschuß im 2. Durchgang eines Bauvorhabens nur dann entscheidet, wenn die abschließende Stellungnahme der Oberfinanzdirektion vorliegt.
  
- **Fördervoraussetzungen für Altenwohnheime**  
(Sitzung vom 21. Mai 1981)  
Der Ausschuß kommt zu dem Ergebnis, daß entscheidende Voraussetzung für die Förderung eines Altenwohnheimes ist, daß vom Träger die Versorgung, Betreuung und vorübergehende Pflege der Bewohner gewährleistet ist und vorübergehende Pflege der Bewohner gewährleistet ist und sowohl Bau, Ausstattung und Personalbesetzung dieser Funktion entsprechen.
  
- **Förderung von Altenbegegnungsstätten**  
(Sitzung vom 22. Mai 1984)  
Der Ausschuß empfiehlt, keine neuen Richtlinien über die Förderung von Altenbegegnungsstätten zu erlassen. Es wird angeregt, daß sich die Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege dem Problem der Förderung von Altenbegegnungsstätten – eventuell gekoppelt mit Versorgungszentren insbesondere in kleineren Gemeinden – widmet und geeignete Vorschläge dazu entwickelt.
  
- **Stellungnahme Landkreis** (Sitzung vom 14. November 1984)  
Der Ausschuß beschließt, daß zur Beratung einer Maßnahme grundsätzlich eine Stellungnahme des Landkreises einzuholen ist.

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

- **Umwandlung in Pflegeplätze**  
(Sitzung vom 14. November 1984)  
Werden bei einer Maßnahme Plätze in Pflegeplätze umgewandelt, wird für die Berechnung des Landeszuschusses ein Fördersatz von 30 v. H. der förderfähigen Gesamtkosten gewährt.
- **Einstellung von Eigenmitteln** (Sitzung vom 21. Juni 1985)  
Der Ausschuß stellt unter anderem fest, daß im Rahmen der Gesamtfinanzierung auf die Einstellung von Eigenmitteln in Höhe von mindestens 10 v. H. nicht verzichtet werden kann.
- **Erhöhung der Fördersätze** (Sitzung vom 18. September 1985)  
Der Ausschußvorsitzende informiert die Mitglieder, daß der Ministerrat im Rahmen des Programms „Hilfen des Landes für pflegebedürftige Menschen“ den förderungsfähigen Höchstsatz für den Bau, die Erweiterung und die bauliche Verbesserung von Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheimen von 100 000 DM auf 140 000 DM angehoben hat. Die neuen Fördersätze gelten in Abstimmung mit dem Finanzministerium ab 15. Juli 1985 für alle Maßnahmen, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen sind.
- **Förderung von Kurzzeitpflegeplätzen**  
(Sitzung vom 18. September 1985)  
Kurzzeitpflegesätze sollen wie Pflegeplätze (Förderquote 30 v. H.) gefördert werden.
- **Bedarfsplanung / Beteiligung privater Verbände**  
(Sitzung vom 19. November 1985)  
Der Ausschuß vertritt die Meinung, daß eine Beteiligung der privaten Verbände der Alten- und Altenpflegeheime in Baden-Württemberg im Koordinierungsausschuß nicht angezeigt ist, da die privat-gewerblichen Träger und ihre Verbände die Bedarfsfeststellungen des Landes und der kommunalen Verbände nicht als für sie verbindlich anerkennen.
- **Förderung grundlegender Sanierungsmaßnahmen**  
(Sitzungen vom 19. November 1985 und 25. Februar 1986)  
Auf Vorschlag des Sozialministeriums wird der Fördersatz für grundlegende Sanierungen von 15 v. H. auf 30 v. H. der förderfähigen Kosten angehoben (vgl. Anlage 7.4)\*).
- **Einbau von Naßzellen** (Sitzung vom 22. Januar 1987)  
Der Ausschuß vertritt die Auffassung, daß der Einbau von Naßzellen bei kleineren Maßnahmen nicht unabdingbar notwendig sei. Allerdings müsse der Komfort in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand stehen. Auch müsse in diesem Zusammenhang die Anzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.
- **Türverbreiterung** (Sitzung vom 12. Mai 1987)  
Der Ausschuß ist der Auffassung, daß bei Sanierungsmaßnahmen nicht grundsätzlich eine Verbreiterung der Türen im Pflegeheimbereich unabdingbar notwendig ist, sondern die jeweilige Entscheidung im Hinblick auf den Einzelfall zu treffen ist.

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

- **Zuschuß durch Landkreise** (Sitzung vom 1. Oktober 1987)  
Der Ausschuß vertritt die Auffassung, daß die Landkreise ihre Alteneinrichtungen angemessen bezuschussen sollten. Der Ausschuß würde einen entsprechenden Beschluß des Verbandsausschusses des Landeswohlfahrtsverbandes begrüßen.
- **Betreute Altenwohnungen** (Sitzung vom 3. Februar 1988)
  - Der Koordinierungsausschuß ist der Auffassung, daß betreute Altenwohnungen auch außerhalb von Sanierungsgebieten wieder im Rahmen der öffentlichen Wohnungsbauförderung gefördert werden sollten.
  - **Betreute Altenwohnungen sind**
    - a) Altenwohnungen in Streubauweise, wenn ein abrufbarer Zusatzservice für hauswirtschaftliche und leichte pflegerische Bedürfnisse gewährleistet ist,
    - b) Altenwohnungen in Wohnanlagen, wenn ein Mindestmaß an Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen vorhanden ist, und wenn der abrufbare Zusatzservice nach a) ebenfalls gewährleistet ist.
  - Die Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen müssen vom Land mit 30 v. H. – möglichst durch Zuschuß – gefördert werden.
  - Es wird eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag gebildet, Empfehlungen für
    - a) Inhalt, Organisation und Finanzierung des abrufbaren Zusatzservices vorzubereiten,
    - b) das Mindestmaß der Gemeinschafts- und Versorgungseinrichtungen zu erarbeiten.
- **Kurzzeit- und Tagespflegeplätze** (Sitzung vom 3. Februar 1988)  
Die Errichtung von Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen soll auch dann gefördert werden, wenn sie nicht in Anbindung an eine stationäre Einrichtung errichtet werden.
- **Mehrkosten** (Sitzung vom 3. Februar 1988)  
Anträge mit Mehrkosten von über 20 v. H. sind dem Ausschuß erneut vorzulegen.
- **Tagespflegeeinrichtungen** (Sitzung vom 25. August 1988)  
Unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Ergänzungen verabschiedet der Ausschuß die Vorlage des Sozialministeriums für eine Verbesserung der Investitionsförderung für Tagespflegeeinrichtungen (vgl. Anlage 7.5)\*).

#### **Bewertungs- und Beurteilungskriterien bei der Förderung von stationären Altenhilfeeinrichtungen**

Auf der Grundlage der bisherigen Beratungen des Koordinierungsausschusses für Investitionen in der Altenhilfe sowie der aufgeführten Grundsatzbeschlüsse werden im Rahmen der Prüfung von Einzelvorhaben sowie bei der Entscheidung über die Gewährung einer Landesförderung folgende Bewertungskriterien zugrunde gelegt:

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

– Flächen pro Platz

Maßstab für Neubauprojekte und Projekte mit grundlegender Sanierung ist eine Nettogrundrißfläche von 50–58 qm pro Platz einschließlich der Personalwohnungsflächen (DIN 277). Dabei sollten 40 % der Bewohnerfläche im Individualbereich, das heißt hinter der Zimmertür des Bewohners liegen. Der Verkehrsflächenanteil sollte 25 % nicht überschreiten.

– Raumprogramm

Im Raumprogramm sollten bewohnerbezogene Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume in den Pflegebereichen bzw. Pflegeabteilungen vorgesehen werden.

– Einzelzimmer / Doppelzimmer

Der Anteil der Einzelzimmerplätze sollte bei Neubauprojekten mindestens 50 % der Gesamtplatzzahl betragen. Drei- und Mehrbettzimmer sollten nicht mehr vorgesehen werden.

– Neubau bzw. grundlegende Sanierung von Altenheimplätzen

Generell ist vorzusehen, daß neu geschaffene bzw. grundlegend sanierte Altenheimplätze pflegegerecht ausgestattet werden, so daß eine Umwandlung in Pflegeplätze ohne zusätzliche Investitionen möglich ist.

Bei grundlegenden Sanierungsmaßnahmen sollte ein Kostenrahmen pro Platz von bis zu 100 000 DM nicht überschritten werden.

– Personalwohnungen

Im Rahmen des Gesamtprojektes können Personalwohnungen in begrenztem Umfang finanziert werden. Hierzu gehört die Heimleiterwohnung, die Hausmeisterwohnung sowie Personalwohnungen für Praktikanten, Zivildienstleistende und Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr. Die Investitionen für den Personalbereich sind insgesamt begrenzt durch die Gesamtkosten pro Platz sowie die obengenannten Flächenwerte pro Platz.

– Vergleichbare Kosten pro Platz

Bei den vergleichbaren Kosten pro Platz sind Grundstückskosten sowie Kosten für Erschließung und besondere Aufwendungen in der Baumaßnahme, wie zum Beispiel Aufwendungen für die Erdbebensicherheit oder für besondere Gründung nicht enthalten. Der Rahmen für die vergleichbaren Kosten pro Platz beträgt 140 000–160 000 DM. Hierin sind die Inventarkosten sowie die Kosten für Personalwohnungen enthalten.

– Inventarkosten

Die anteiligen Inventarkosten an den Gesamtplatzkosten betragen 8 000–12 000 DM. Darüber hinaus ist auf die generelle Empfehlung der Eigenmöblierung im Betreuungs- und Ausstattungskonzept hinzuweisen.

– Finanzierung / Folgekosten

Seitens des Trägers wird ein Eigenkapitalanteil von mindestens 10 % erwartet.

Die Kapitalmarktmittel sollten in der Finanzierung des Einzelprojektes 30 % Finanzierungsanteil nicht überschreiten. Darüber hinaus besteht

zur Zeit eine Begrenzung der Zinsbelastung im Pflegesatz von 9 DM pro Tag und Pflegeplatz.

## 2. Durchführung des Heimgesetzes und seiner Rechtsverordnungen

Das Heimgesetz und seine Rechtsverordnungen gemäß § 1 des Heimgesetzes finden Anwendung auf Einrichtungen, die alte Menschen sowie pflegebedürftige oder behinderte Volljährige nicht nur vorübergehend aufnehmen und betreuen.

Die verwaltungsmäßige Durchführung des Heimgesetzes, der Heimmindestbauverordnung, der Heimsicherungsverordnung, der Heimmitwirkungsverordnung sowie der Heimverordnung des Wirtschaftsministeriums obliegt nach der Verordnung der Landesregierung über die Zuständigkeiten nach dem Heimgesetz den Landratsämtern und in den Stadtkreisen den Gemeinden als untere Heimaufsichtsbehörden. Die unteren Heimaufsichtsbehörden beteiligen bei der Durchführung dieser gesetzlichen Regelungen – soweit dies erforderlich ist – die Gesundheitsämter, die Sozialämter, die Baurechtsbehörden und die sonstigen Ordnungsbehörden. Die Beratung nach § 11 Abs. 1 des Heimgesetzes (Beratung auf Antrag) erfolgt nach der obengenannten Verordnung der Landesregierung durch die Sozialämter bei den Landratsämtern und Gemeinden.

Die unteren Heimaufsichtsbehörden unterliegen der Aufsicht der Regierungspräsidien. Diese sind als nächsthöhere Behörden auch Widerspruchsbehörden gem. § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung für die von den unteren Heimaufsichtsbehörden nach dem Heimgesetz und seinen Rechtsverordnungen getroffenen Maßnahmen.

Oberste Landesbehörde für die Heimaufsicht nach dem Heimgesetz ist das Sozialministerium. Im Rahmen dieser Aufgabe hat das Sozialministerium zur verwaltungsmäßigen Durchführung des Heimgesetzes und seiner Rechtsverordnungen folgende Erlasse an die Heimaufsichtsbehörden herausgegeben:

- Erlaß über die Auslegung des § 6 Abs. 1 Satz 2 HeimG vom 31. Juli 1975; Nr. V-7329/75 (Anlage 8.1)\*
- Erlaß über die Einrichtungen der Heilsarmee vom 12. Februar 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.2)\*
- Erlaß über das Verhältnis des HeimG zur Gewerbeordnung speziell zu §§ 149–153 b GewO (Gewerbezentralregister) vom 16. Februar 1976; Nr. V-7329.2/75 (Anlage 8.3)\*
- Erlaß über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige betreffend der Meldung von Mißständen in Heimen vom 7. April 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.4)\*
- Erlaß über die Beteiligung der Verbände und Vereinigungen auf Landesebene an der Heimüberwachung gem. § 10 HeimG vom 5. Mai 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.5)\*
- Erlaß zu den vorläufigen Verwaltungsvorschriften zu § 6 HeimG (VV HeimG § 6) vom 5. Mai 1976; Nr. V/3-7329.2/75 (Anlage 8.6)\*
- Erlaß über die Anwendung des § 14 Abs. 1 HeimG bei Spenden vom 11. Mai 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.7)\*
- Erlaß über die Beteiligung der Verbände und Vereinigungen auf Landesebene an der Heimüberwachung gemäß § 10 HeimG vom 25. Juni 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.8)\*

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

- Erlaß zu den Verwaltungsvorschriften zu § 1 HeimG vom 3. August 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.9)\*
- Erlaß über die Mitwirkung der Bewohner von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige in Angelegenheiten des Heimbetriebes (§ 5 HeimG) vom 16. November 1976; Nr. V/3-7329.2/76 (Anlage 8.10)\*
- Erlaß zur Heimaufsicht über Einrichtungen für Minderjährige und Volljährige (gemischt belegte Heime) vom 3. Juni 1977; Nr. V/3-7329.2/77 (Anlage 8.11)\*
- Erlaß über die Verordnung über die Mitwirkung der Bewohner von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige in Angelegenheiten des Heimbetriebes (HeimMitwirkungsV) vom 22. November 1977; Nr. V/3-7329.1.3/77 (Anlage 8.12)\*
- Erlaß über die Mitwirkung der Gesundheitsämter bei der Überwachung von Altenheimen, Altenwohnheimen, Pflegeheimen und gleichartigen Einrichtungen vom 11. Juli 1978; Nr. VI/2-8202.6/78 (Anlage 8.13)\*
- Erlaß über die Anwendbarkeit des Heimgesetzes auf Einrichtungen kirchlicher Ordensgemeinschaften und der Schwesternschaften des Deutschen Roten Kreuzes vom 13. Juli 1978; Nr. V/3-7329.1.1 (Anlage 8.14)\*
- Erlaß über die Durchführung der Überwachung der unter das Heimgesetz fallenden Einrichtungen vom 19. Januar 1979; Nr. V/3-7329.2/79 (Anlage 8.15)\*
- Erlaß über die HeimMindBauV – speziell über Einrichtungen für behinderte Erwachsene vom 20. Februar 1979; Nr. V/3-7329.1.2/79 (Anlage 8.16)\*
- Erlaß über die Verzinsung von Kautionen § 14 HeimG – vom 4. November 1982; Nr. V/3-7329.1.6/82 (Anlage 8.17)\*
- Erlaß über die Durchführung der Überwachung der unter das Heimgesetz fallenden Einrichtungen vom 11. Mai 1983; Nr. V/3-7329.2 (Anlage 8.18)\*
- Erlaß über die Sicherung von Anwartschaftsdarlehen vom 30. April 1984; Nr. V/3-7329.1.6 (Anlage 8.19)\*
- Erlaß über Einrichtungen mit weniger als sechs Plätzen vom 9. Mai 1984; Nr. V/3-7329.1.1 (Anlage 8.20)\*
- Erlaß über die Gewährung von Vermögensvorteilen nach § 14 Abs. 2 HeimG vom 18. September 1984; Nr. V/3-7329 (Anlage 8.21)\*
- Erlaß zu § 27 HeimMitwirkungsV vom 27. November 1984; Nr. V/3-7329.1.3 (Anlage 8.22)\*
- Erlaß über die Meldung besonderer Vorkommnisse und schwerwiegender Mißstände in den Heimen vom 6. Februar 1985; Nr. V/3-7329.2 (Anlage 8.23)\*
- Erlaß über die Verzinsung von Bewohnerdarlehen – § 14 HeimG – vom 21. Februar 1986; Nr. V/3-7329.1.6 (Anlage 8.24)\*

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

- Erlaß über die Zulässigkeit von Injektionen bei Heimbewohnern durch das Pflegepersonal vom 29. Juli 1986; Nr. V/3-7329.1 (Anlage 8.25)\*)
- Erlaß über Spenden der Heimbewohner vom 5. September 1986; Nr. V/3-7329.1.6 (Anlage 8.26)\*)
- Erlaß über Ausnahmegenehmigungen gem. § 14 Abs. 1 Satz 3 HeimG vom 16. April 1987; Nr. IV/3-7329.1.6 (Anlage 8.27)\*)
- Erlaß über die Anwendung des § 9 HeimG vom 3. Februar 1988; Nr. IV/3-7329.2 (Anlage 8.28)\*).

### 3. Altenwohnungsbau

Mietwohnungen für ältere Menschen – das heißt für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben – werden aus Mitteln des Landeswohnungsbauprogramms gefördert (vgl. zu Buchst. A Nr. 1, II. 2.8).

Im Bewilligungsbescheid wird der Bauherr verpflichtet, die Zweckbindung einzuhalten. Der Vermieter darf eine für ältere Menschen vorbehaltene Wohnung nur einem wohnberechtigten älteren Mieter überlassen. Bei der allgemeinen Förderung können zusätzliche Mittel gewährt werden, wenn durch Schwerbehinderung oder Pflegebedürftigkeit nachweisbare Mehrkosten entstehen.

Das Zusammenleben von Älteren und die Versorgung von Pflegebedürftigen werden durch Regelungen der WoBindG-VwV (vgl. zu Buchst. A Nr. 1, II. 2.11) erleichtert.

Ältere, nicht verheiratete Personen, die schon längere Zeit einen gemeinsamen Haushalt führen, können eine Wohnberechtigungsbescheinigung für den Bezug einer mit öffentlichen Mitteln geförderten Wohnung erhalten, wenn ein Partner das 60. Lebensjahr vollendet hat und die Einkommensgrenze für Sozialmietwohnungen nicht überschritten wird. Eine Wohnberechtigungsbescheinigung kann auch erteilt werden, wenn dadurch Familienmitglieder in der Lage sind, eine Wohnung zu beziehen, von der aus sie pflegebedürftige Angehörige versorgen.

Nr. 3:

*Überwachung der Einhaltung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege*

#### **I. Ambulante Altenhilfe und Altenpflege**

Im Rahmen der Gewährung von Landeszuschüssen wird die Einhaltung der hierfür maßgeblichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften in erster Linie durch die jeweiligen Bewilligungsbehörden anhand der einschlägigen haushaltsrechtlichen Vorschriften überwacht.

Die Veranschlagung und Bewilligung der im Bereich der ambulanten Altenhilfe nach Maßgabe des Staatshaushaltsplans – bzw. ergänzend dazu nach für bestimmte Förderbereiche erlassenen Förderrichtlinien – geleisteten Zuwendungen sind geregelt in den §§ 23 und 44 der Landeshaushaltsordnung für Baden-Württemberg (LHO) und den dazu ergangenen Verwaltungsvorschriften (VV-LHO). Allgemeine Nebenbestimmungen (AN-Best) im Sinne des § 36 Landesverwaltungsverfahrensgesetzes (LVwVfG) ergeben sich aus den Anlagen 1–3 zu den VV zu § 44 („ANBest-I“ für die institutionelle Förderung, „ANBest-P“ für die Projektförderung und „ANBest-K“ für die Förderung von Investitionen kommunaler Körperschaften).

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

Zuständige Bewilligungsbehörden sind jeweils die Regierungspräsidien, die die Zuwendungsbescheide nach Maßgabe der oben angeführten Regelungen erlassen. Bei den in den Zuwendungsbescheiden festgesetzten Bewilligungsbestimmungen wird vorausgesetzt, daß eine sparsame und wirtschaftliche Verwendung der staatlichen Zuschüsse gewährleistet ist. Bereits im Förderantrag sind alle zur Beurteilung der Förderungswürdigkeit einer Maßnahme notwendigen Unterlagen beizufügen (insbesondere Satzungen, Nachweise der Gemeinnützigkeit, Konzeptionsbeschreibungen, Tätigkeitsberichte sowie Kosten- und Finanzierungspläne). Dieses Verfahren beinhaltet, daß die Unterlagen vollständig, sachlich begutachtet und fristgerecht eingereicht werden.

Die Auszahlung der beantragten Zuschüsse wird außerdem abhängig gemacht

- bei der Förderung von Baumaßnahmen vom Baufortschritt,
- bei Projektförderungen vom anfallenden Mittelbedarf,
- bei laufenden Förderleistungen entsprechend dem auftretenden Finanzbedarf.

Die Verwendung der Zuschüsse wird aufgrund der ANBest zu den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften der Landeshaushaltsordnung von den Regierungspräsidien überwacht. Nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes haben die Träger dem Regierungspräsidium Verwendungsnachweise vorzulegen und gegebenenfalls Einsicht in ihre Bücher und Belege zu gewähren. Der Verwendungsnachweis besteht jeweils aus einem Sachbericht über die Tätigkeit (Darstellung des mit der Zuwendung erzielten Ergebnisses) und aus einem zahlenmäßigen Nachweis der Einnahmen und Ausgaben.

Das Regierungspräsidium prüft den Verwendungsnachweis. Die Überprüfung dieses Verfahrens unterliegt dann weiter der zuständigen Vorprüfungsstelle des Regierungspräsidiums und dem Rechnungshof. Auch die Vorprüfungsstelle kann aufgrund der Nebenbestimmungen Einsicht in die Bücher und Belege des Zuschußempfängers verlangen. Außerdem ist der Rechnungshof berechtigt, den Zuwendungsempfänger selbst zu prüfen.

Darüber hinaus verfügen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege selbst über eigene Prüfungseinrichtungen, die die Wirtschaftlichkeit und die Verwendung von Mitteln, auch der staatlichen Fördermittel, eingehend kontrollieren.

## **II. Stationäre Altenhilfe und Altenpflege**

### **1. Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung gewährter Landesmittel**

Für die haushaltsmäßige Überwachung gilt das oben unter I. dargestellte Verfahren sowie die dort angeführten Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

### **2. Überwachung der Einhaltung der Vorschriften des Heimgesetzes**

Die Einhaltung der Vorschriften des Heimgesetzes sowie seiner Rechtsverordnungen wird von den Heimaufsichtsbehörden überwacht. Eine entsprechende Kontrolle erfolgt sowohl im Rahmen der Erlaubniserteilung gem. § 6 des Heimgesetzes als auch im Rahmen der Nachschau nach § 9 des Heimgesetzes. Darüber hinaus sind der Träger und der Leiter der Einrichtung gem. § 9 Abs. 1 des Heimgesetzes verpflichtet, den Heimaufsichtsbehörden die für die Durchführung des Heimgesetzes und der aufgrund die-



ses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünfte zu erteilen.

Aufgrund des Erlasses des Sozialministeriums vom 7. April 1976 (Nr. V/3-7329.2/76) haben die unteren Heimaufsichtsbehörden festgestellte schwerwiegende Mißstände in Einrichtungen nach § 1 des Heimgesetzes den vorgesetzten Behörden zu berichten. Diese Berichtspflicht umfaßt eine unverzügliche Mitteilung über den festgestellten Sachverhalt sowie die zunächst ergriffenen Maßnahmen und – zu gegebener Zeit – eine Darstellung der zur Beseitigung der Mißstände getroffenen Anordnungen.

Um eine einheitliche Verfahrensweise der Heimaufsichtsbehörden bei der Durchführung der Heimaufsicht zu sichern, werden Auslegungs- und Anwendungsfragen des Heimgesetzes sowie seiner Rechtsverordnungen durch entsprechende Erlasse des Sozialministeriums geregelt (vgl. hierzu Anlagen 8.1–8.28)\*). Dies gilt auch bei Petitionen, Beschwerden und Eingaben, die unmittelbar dem Sozialministerium vorgelegt werden sowie bei Einzelfällen, die von den unteren Heimaufsichtsbehörden oder den Regierungspräsidien an das Sozialministerium herangetragen werden. Zur Überwachung der Durchführung angeordneter Anweisungen werden die unteren Heimaufsichtsbehörden verpflichtet, über den Vollzug der Maßnahmen nach dem Heimgesetz zu berichten.

Einer einheitlichen Verfahrensweise sowie der Erörterung aktueller Probleme der Heimaufsicht dienen auch von den Regierungspräsidien durchgeführte Dienstbesprechungen. 1985 wurden diese Dienstbesprechungen auf Anweisung und unter Beteiligung des Sozialministeriums in allen vier Regierungsbezirken durchgeführt. Erneute Dienstbesprechungen sind für 1989 vorgesehen.

Zu den Aufgaben der Heimaufsichtsbehörden nach dem Heimgesetz gehört es, dafür Sorge zu tragen, daß die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vor Beeinträchtigungen geschützt werden. Besonderes Gewicht bekommt diese Aufgabe vor dem Hintergrund der kontinuierlich anwachsenden Zahl schwer- und schwerstpflegebedürftiger sowie psychisch beeinträchtigter Heimbewohner. Diese Veränderung der Struktur der Heimbewohner wird aufgrund der demographischen Entwicklung, der gestiegenen Lebenserwartung sowie des höheren Zugangsalters der Heimbewohner auch in den kommenden Jahren weiter anhalten. Da dieser Bewohnerkreis oftmals nicht in der Lage ist, seine Interessen selbst wahrzunehmen, obliegt es den Heimaufsichtsbehörden, verstärkt auf die Betreuung der Heimbewohner in pflegerischer, psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Hinsicht zu achten und die Arbeit der Einrichtung durch eine fachgerechte Beratung zu unterstützen.

Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, hat das Sozialministerium im Rahmen einer Arbeitsgruppe, an der neben den Heimaufsichtsbehörden auch die Gesundheitsämter beteiligt waren, einen Kriterienkatalog mit Checkliste über die Betreuung von Pflegebedürftigen, insbesondere von gerontopsychiatrischen Pflegefällen und psychisch Behinderten erarbeitet (vgl. Anlage 9)\*). Der Kriterienkatalog zielt dabei insbesondere auf eine sachgemäße Ausrichtung der Heimaufsicht auf die pflegerische Betreuung und Versorgung der Heimbewohner ab. Die Heimaufsichtsbehörden müssen hierzu verstärkt auf die Fachkompetenz der Gesundheitsämter zurückgreifen. Der Kriterienkatalog sieht daher eine noch intensivere Beteiligung der Gesundheitsämter als ärztliche Fachbehörde an der Heimaufsicht vor. Das Gesundheitsamt soll dabei die Heimaufsichtsbehörde entsprechend beraten und die aus gesundheitlicher Sicht erforderlichen Maßnahmen vorschlagen.

Derzeit wird die Ausgestaltung des Kriterienkataloges mit den freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden, den kommunalen Verbänden, den Landeswohlfahrtsverbänden sowie mit den privat-gewerblichen Verbänden ab-

\*) Die hier erwähnte Anlage wird nicht mit abgedruckt. Sie kann im Archiv des Landtags eingesehen werden.

gestimmt. Nach den bisher vorliegenden Stellungnahmen wird der Kriterienkatalog mit Checkliste grundsätzlich begrüßt. Sobald die endgültige Ausgestaltung des Kriterienkataloges mit den Heim- und Kostenträgern im Rahmen einer hierfür vorgesehenen Besprechung abgestimmt ist, wird der Kriterienkatalog mit Checkliste auf dem Erlaßwege an die Heimaufsichtsbehörden und die Gesundheitsämter herausgegeben. Zur weiteren Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimaufsichtsbehörden und Gesundheitsämtern werden nach einer Anlaufphase für beide Behörden gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt.

### 3. Überwachung der Zweckbestimmung bei Altenwohnungen

Der Vermieter darf eine aus Mitteln des Landeswohnungsbauprogramms geförderte und für ältere Menschen vorbehaltene Wohnung nur einem wohnberechtigten älteren Mieter überlassen. Die Gemeinden, in denen eine zweckgebundene Wohnung gebaut wurde, überwachen die Einhaltung der Wohnungsbindung. Sie müssen zur Sicherung der Zweckbestimmung die öffentlich geförderten Wohnungen in der sogenannten Wohnungsbindungskartei erfassen und die Unterlagen auf dem laufenden halten. Rechtsgrundlagen dafür sind das Wohnungsbindungsgesetz, die Verordnung der Landesregierung zur Durchführung des Wohnungsbindungsgesetzes, und die Verwaltungsvorschriften des Innenministeriums zur Durchführung des Wohnungsbindungsgesetzes (vgl. zu Buchst. A Nr. 1: I. 2.11, I. 2.12 und II. 2.11).

Nach dem Landeswohnungsprogramm sollen bei der Vergabe von öffentlichen Mitteln zur Förderung des Mietwohnungsbaus nur solche Gemeinden berücksichtigt werden, die die Unterlagen über die bisher öffentlich geförderten Wohnungen ordnungsgemäß führen und die Bindungen überwachen. Auf Weisung des Innenministeriums haben die Regierungspräsidien entsprechende Kontrollen vorgenommen.

Dr. Kilian  
Ministerialdirektor

Anlage 2

**Die vom Untersuchungsausschuß gefaßten  
Beweisbeschlüsse**

Beweisbeschluß vom 3. November 1988 zu

Beweisantrag Nr. 1

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche rechtlichen und verwaltungsmäßigen Regelungen (einschließlich der Festlegung von Ausstattungsstandards) der Landesregierung, der Regierungspräsidien und der unteren Verwaltungsbehörden (Heimaufsicht und Gesundheitsdienst) für die ambulante und stationäre Altenhilfe und Altenpflege gelten und sind seit 1972 getroffen worden?
2. Wie werden diese Regelungen verwaltungsmäßig durchgeführt, insbesondere welche Regelungen und Ausstattungsstandards haben die öffentlichen, gemeinnützigen und gewerblichen Träger von Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege nach Kenntnis der Landesregierung ihrerseits getroffen?
3. Wie wird die Einhaltung der entsprechenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften überwacht?
4. Welche Vereinbarungen sind zwischen Landesregierung, Landesbehörden sowie Sozialversicherungsträgern mit welchen Trägern zur Regelung oder Durchführung der Altenhilfe und Altenpflege getroffen, insbesondere wie und durch welche Stellen erfolgt die Information über bestehende Dienste zur Betreuung und Versorgung älterer Menschen, und wie und durch welche Stellen werden die Einsätze der bestehenden Service- und Pflegedienste koordiniert?
5. Wie bewertet die Landesregierung die Vereinbarungen zwischen den Landeswohlfahrtsverbänden und den Trägern von Altenhilfeeinrichtungen insbesondere über die Pflegesätze, den Personalschlüssel und die sonstige Abgeltung von Leistungen und wie verhält sich die Landesregierung dazu?
6. Welche Maßnahmen und jeweils mit welchem finanziellen Aufwand hat die Landesregierung in den Jahren 1987 und 1988 für die Förderung der Altenhilfe und für die ambulante und stationäre Altenpflege im besonderen durchgeführt?

Beweisbeschluß vom 3. November 1988 zu

Beweisantrag Nr. 2

der Abg. Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche wissenschaftlichen oder praktischen Erfahrungen über die Möglichkeiten und Auswirkungen zielorientierter Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen liegen vor?

Welche gesundheitlichen Chancen bieten sich den älteren Menschen durch rechtzeitig eingeleitete Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen?

Welche Wechselwirkungen entstehen dadurch für die Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesens und für die Volkswirtschaft?

2. In welchem Umfang, durch welche Maßnahmen und mit welchen Auswirkungen ist es möglich, daß durch altersorientierte Präventions- und Rehabilitationsangebote und -maßnahmen das körperliche und geistige Wohlbefinden älterer Menschen langfristig gefestigt, ihre gesundheitlichen Altersrisiken gemindert und Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert werden?

3. In welcher Zahl stehen in der Präventions- und Rehabilitationsmedizin aus- und fortgebildete Ärzte für den ambulanten und den stationären Bereich in Baden-Württemberg zur Verfügung?

In welchem Umfang können diese Ärzte neben ihren anderweitigen Aufgaben den heutigen und den künftig zu erwartenden Präventions- und Rehabilitationsbedarf älterer Menschen decken?

Besitzen die in der Altersprävention- und Rehabilitation tätigen Ärzte geriatrisches Fachwissen?

In welcher Zahl und an welchen Orten sind bundesweit an den medizinischen Hochschulen Lehrstühle für die Bereiche Prävention und Rehabilitation eingerichtet?

In welchem Umfang und durch welche Regelungen fördern die gültigen Vergütungsvereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen die Anwendung und den Ausbau der Präventions- und Rehabilitationsmedizin?

4. Wie viele im Krankenhausbedarfsplan oder nach anderen Rechtsvorschriften zur stationären Behandlung zugelassene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und mit welchen Bettenkapazitäten, sind in Baden-Württemberg vorhanden?

Inwieweit decken diese Einrichtungen neben ihren anderen Aufgaben den heutigen und unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung den künftigen stationären Präventions- und Rehabilitationsbedarf älterer Menschen?

5. In welchem Maße, durch welche Aus- und Fortbildungsgänge verfügen die in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte, sowie das sozial-, medizinisch-, therapeutische und das pflegerische Personal neben dem spezifischen Fachwissen zusätzlich über geriatrisches Fachwissen?

Sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entsprechend dem erweiterten Behandlungs- und Betreuungsbedarf älterer Menschen mit einer zusätzlichen Personalquote ausgestattet, und in welchem Umfang, durch welche Vorgaben, Regelungen oder Anhaltzahlen?

Durch welche Personen, Dienste oder Einrichtungen werden stationäre Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet; aufgrund welcher Erfahrungen, Entscheidungen oder rechtlicher Vorgaben?

Inwieweit sind die bestehenden Verfahren zweckmäßig?

6. Welche ergänzenden Leistungen können ältere Menschen neben den medizinischen Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen erhalten? Welche nichtmedizinischen Dienste und Einrichtungen sind vorhanden, die derartige Leistungen erbringen können? Wer veranlaßt aufgrund welcher rechtlichen und tatsächlichen Vorgaben diese Maßnahmen?

Wer finanziert diese Maßnahmen?

7. Wer und mit welchen Zuständigkeiten kümmert sich in Baden-Württemberg um die Einleitung, Durchführung und Finanzierung der ambulant durchgeführten allgemeinen und individuellen Präventionsmaßnahmen? Wer setzt den Umfang der Leistungen fest und wie werden diese finanziert? Wie und durch wen erfahren ältere Menschen, Alten- und Pflegeheime, Senioren-Vertretungen und Altenclubs älterer ausländischer Mitbürger von den Möglichkeiten und Wirkungen von Präventionsmaßnahmen und von den bestehenden Präventionsangeboten?

8. In welchem Umfang, mit welchen Inhalten und Zielsetzungen bestehen altersspezifisch orientierte allgemeine und individuelle Präventionsangebote für ältere Menschen? Welche inhaltlichen Ansätze enthalten die heute bestehenden Präventionsangebote- und Maßnahmen, um die Fähigkeiten älterer Menschen, mit ihren Problemen von Gesundheit und Krankheit verantwortlich umzugehen, zu stärken? In welchem Maße werden Präventionsprogramme zwischen den Ärzten, den Krankenkassen und den Seniorenvertretungen abgestimmt?

9. Inwieweit erhalten ältere Menschen losgelöst vom Wohn- oder Aufenthaltsort sowie unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse oder Kassenart überall in Baden-Württemberg inhaltlich gleichwertige und gleich wirksame Präventionsleistungen zu gleichen rechtlichen und finanziellen Bedingungen?

Welche Möglichkeiten der Einwirkung auf Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger hat die Landesregierung, um diese anzuhalten, daß sie unter Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte die bestehenden Präventions- und Rehabilitationsangebote weiter ausbaut?

Und welche Möglichkeiten hat sie in den letzten 4 Jahren genutzt?

Was kann die Landesregierung tun, um weitere altersspezifisch orientierte Präventions- und Rehabilitationsangebote bereitzustellen, diese Angebote zu koordinieren, eine flächendeckende und nach Leistung und Preis gleichwertige Versorgung zu garantieren und den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern?

10. In welchem Rahmen, mit welchen Maßnahmen und über welche Einrichtungen fördert das Land Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen? Welche Mittel wurden seit 1992 bis heute jährlich jeweils dafür aufgewendet? Wie und in welchem Umfang beteiligt sich der öffentliche Gesundheitsdienst an Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen?

11. Welche Pläne hat die Landesregierung, um die Situation der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg zu verbessern?

Ist in den nächsten 4 Jahren unter Einbeziehung kommunaler und karitativer Einrichtungen, der Sozialversicherungsträger und beteiligter Einrichtungen des Gesundheitswesens mit der modellhaften Erprobung von Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen zu rechnen, und welche Maßnahmen unter wessen Beteiligung sind dies?

Beweisbeschluß vom 25. Januar 1989 zu

Beweisantrag Nr. 3

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Chancen und Möglichkeiten haben ältere Menschen, um sich aktiv am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen?

Insbesondere welche altersspezifischen Einrichtungen und Angebote stehen zur Verfügung

- im Bereich der Erwachsenenbildung einschließlich der politischen Bildung,
- im Bereich von Kunst und Kultur,
- im Bereich des Sports,
- im Bereich der Freizeitgestaltung,
- im Bereich der sozialen, gewerblichen und ehrenamtlichen Betätigung im Ruhestand?

Welche Angebote gibt es für gehbehinderte und bettlägrige Menschen?

Welche Angebote bestehen für ältere ausländische Mitbürger?

2. Welche Möglichkeiten der Bildung und aktiven Freizeitgestaltung bestehen in den stationären Einrichtungen der Altenpflege und der Altenheime?
3. In welchen Fällen und in welchem Umfang werden die Bildungs- und Freizeitangebote für ältere Menschen (Ziffer 1 und Ziffer 2) vom Land finanziell gefördert und welche Mittel stellen nach Kenntnis der Landesregierung Andere (Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Kreise u. a.) zu diesen Zwecken zur Verfügung?
4. Was unternimmt die Landesregierung, um durch das Angebot von Patenschaften und von ehrenamtlicher Betreuung die immaterielle Sorge für ältere Menschen durch örtliche Vereine und Organisationen zu verstärken?

Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 4

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Konzepte und Standards für altengerechte Wohnungen gibt es im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus, des Städtebaus sowie der Stadt- und Dorfsanierung?
2. Wie wird bei der Genehmigung von Bebauungsplänen sichergestellt, daß altengerechte Wohnungen gebaut werden?  
Was unternimmt das Land in anderer Weise, damit die Gemeinden darauf hinwirken, daß altengerechte Wohnungen gebaut werden?  
Welche landes- und städteplanerischen Konsequenzen ergeben sich aus dem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung?
3. Welche konkreten Projekte von altengerechten Wohnungen, die eine unabhängige Lebensführung alter Menschen sowie ihre Pflege im häuslichen Bereich begünstigen, werden vom Land gefördert?
4. In welchem Umfang entsprechen die verfügbaren Altenwohnungen nach heutigen Anforderungen sowohl dem Bedarf als auch den Bedürfnissen älterer Menschen hinsichtlich Lage, Ausstattung und Entfernung zu notwendigen Dienstleistungseinrichtungen einschließlich Sozialstationen und ambulanten Hilfen? Welche Bedarfsplanungen liegen vor?  
Welche Standards gibt es, und wer legt sie fest?
5. Was kann die Landesregierung tun, um die Wohnbauunternehmen, die privaten Architekten und die privaten Bauherren anzuhalten, bei Neubauten und bei Umbauten die Eignung für das Wohnen im Alter sicherzustellen?
6. Wie haben sich die Wohnbedingungen für ältere Menschen in Stadt und Land entwickelt, und welche Unterschiede bestehen bei der Versorgung der älteren Menschen in Privatwohnungen, in Alterswohnungen und in Altenwohnhäusern mit ambulanten Hilfsdiensten und mit Versorgungseinrichtungen des täglichen Bedarfs?  
Was hat die Landesregierung unternommen, um Fehlentwicklungen in diesem Bereich entgegenzuwirken?

Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 5

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Personen und Institutionen in Baden-Württemberg befassen sich mit geriatrischer und gerontologischer Forschung und in welchen Bereichen?
2. Welchen Stand hat die Forschung, insbesondere wo liegen die zentralen Forschungsfelder? In welchem Umfang werden zum Beispiel die Mehrfachwirkungen (synergistischen Wirkungen) von Medikamenten im Alter sowie die Bedingungen der Mehrfacherkrankungen im Alter untersucht?
3. Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Ergebnissen der geriatrischen und gerontologischen Forschung?  
Welche Forschungsergebnisse macht sich die Landesregierung zu eigen, welches Handlungskonzept leitet die Landesregierung daraus ab – auch für Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation?
4. Wie fördert die Landesregierung die geriatrische und gerontologische Forschung?
5. Welche Entwicklung der Forschung ist abzuschätzen?

Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 6

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Werden trotz der sich verändernden Familienstrukturen und der wachsenden Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen auch in Zukunft ebensoviele Pflegebedürftige häuslich versorgt und gepflegt werden können, wie es derzeit der Fall ist?  
Wie wird dabei den Bedürfnissen der älteren ausländischen Mitbürger Rechnung getragen werden können?



2. Wie und durch welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind Haushaltsmitglieder oder andere unentgeltlich tätige Pflegepersonen rechtlich und sozial gesichert?

Wie ist die Situation der Pflegenden rechtlich geregelt, sind zum Beispiel

- steuerliche Vorteile vorgesehen,
- trotz der Pflegezeit volle Rentenansprüche gewährleistet,
- Krankenversicherungsschutz sichergestellt,
- Unfallversicherungsschutz vorhanden,
- Regelungen vorgesehen, die berufliche oder Einkommensnachteile ausgleichen können?

3. Inwieweit decken die im Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Leistungen für 25 Pflegeeinsätze im Monat oder ersatzweise die vorgesehene Geldleistung von 400 DM monatlich den tatsächlichen Aufwand der häuslichen Schwerpflegebedürftigen? Wie hoch ist der Anteil dieser Schwerpflegebedürftigen an der Gesamtzahl derer, die häusliche Pflege erhalten?

4. Welche weiteren gemeinnützigen oder gewerblichen Einrichtungen oder Personen tragen außer Haushaltsmitgliedern und Sozialstationen zur häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen bei?

In welchem Umfang und zu welchen Bedingungen werden diese Leistungen erbracht?

Wie sind die Rahmenbedingungen für die Pflege, insbesondere wieviel Zeit und welche technischen Hilfen stehen für den einzelnen Pflegefall zur Verfügung?

Wie sind die Vergütungen der pflegenden Personen?

Welche Kosten für die Inanspruchnahme der häuslichen Pflegedienste entstehen den Betroffenen?

In welchem Umfang beteiligen sich daran andere Kostenträger?

5. Welche Rechtsvorschriften bestehen für die Zulassung und für die Qualitätskontrolle dieser gemeinnützigen oder privatgewerblichen Pflegedienste?

Wer überwacht die Einhaltung dieser Vorschriften?

Welche Qualifikation wird für Inhaber oder Leiter dieser Einrichtungen gefordert?

6. Wie wird die Arbeit und der Einsatz dieser Pflegedienste und der Sozialstationen koordiniert?

Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 7

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. In welcher Zahl und mit welchen Belegkapazitäten stehen Altenwohnheime und Altenheime zur Verfügung?

Gibt es hinsichtlich der Standortverteilung der entsprechenden Heime ein Stadt-/Land-Gefälle?

Durch welche Maßnahmen kann dies gegebenenfalls verhindert oder abgebaut werden?

2. Nach welchen Kriterien und durch welche Stellen erfolgt eine bedarfsgerechte und regional ausgewogene Planung von Altenwohnheimen und Altenheimen?

In welchem Umfang wirkt das Land über die Gewährung von Fördermitteln an der Planung und Steuerung bei der Errichtung von Altenwohnheimen und Altenheimen mit?

In welchem Umfang beteiligen sich kommunale Einrichtungen und die Heimträger an der Planung und Finanzierung?

3. Wird eine Reduzierung oder gar Ablösung von Altenheimen durch Altenwohnheime vom Land unterstützt und finanziell gefördert und gegebenenfalls aus welchen Gründen?

Leisten hierzu die Kommunen ebenfalls Beiträge? Wenn ja, welche?

Inwieweit erfolgt eine Beteiligung der Heimträger?

4. Wodurch ist bei einem auftretenden Bedarf die hauswirtschaftliche Unterstützung in Altenwohnheimen durch geeignete Dienste oder eine vorübergehende ambulante bzw. stationäre Kurzzeitpflege in Pflegeeinrichtungen sichergestellt?

Welche Kosten entstehen dadurch den Betroffenen?

Wie erfolgt die Finanzierung?

Beweisbeschluß vom 6. Juni 1989 zu

Beweisantrag Nr. 8

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. In welcher Zahl und mit welchen Bettenkapazitäten stehen zur Deckung einer kurzfristigen oder dauernden stationären Pflegebedürftigkeit älterer Menschen

- Tagespflegeheime
- Geronto-psychiatrische Tagesstätten
- Vollzeit-Altenpflegeheime zur Verfügung?

Wie wird der im Jahre 2000 erwartete Pflegebedarf sichergestellt?

Wie wirkt sich bei der Bedarfsbemessung die zunehmende Zahl ausländischer Mitbürger aus?

2. In welchem Umfang und nach welchen Grundsätzen fördert die Landesregierung die Errichtung, den Ausbau oder die Sanierung von

- Tagespflegeheimen,
- Geronto-psychiatrischen Tagesstätten,
- Vollzeit-Altenpflegeheimen?

Welche Finanzierungsanteile leisten die Kommunen und die Träger dieser Einrichtungen?

In welcher Weise und aufgrund welcher Regelungen wirken das Land, die kommunalen Einrichtungen und die Heimträger zur Sicherstellung einer über das Land gleichmäßig verteilten Versorgung mit den entsprechenden Pflegeheimtypen zusammen?

3. Nach welchen Grundsätzen werden Altenpflegeplätze eingerichtet und ausgestattet? Welcher Aufwand ist für die Errichtung eines Pflegeplatzes vorgesehen?

Welcher Qualitätsstandard wird damit erreicht?

Wie wird ein gleichwertiger Ausstattungsstandard der Pflegeheime im Lande sichergestellt?

4. Welche Auswirkungen hat das Gesundheits-Reformgesetz auf den Bedarf an stationären Kurzzeitpflegeplätzen?

Welche Betten- und Personalkapazitäten müssen dafür gegebenenfalls vorgesehen werden?

5. Welche Erfahrungen wurden mit der teilstationären Unterbringung älterer Menschen in den geronto-psychiatrischen Modelleinrichtungen Göppingen und Heilbronn gewonnen?

Welche Schlußfolgerungen ergeben sich daraus für den landesweiten Aufbau dieser Einrichtungen?

Wie hoch sind die Investitions- und die Betriebskosten dieser Einrichtungen?

Welche Konzeption und mit welcher Regelfinanzierung ist für die Errichtung und den Betrieb weiterer geronto-psychiatrische Tagesstätten vorgesehen?

6. Nach welchen Personalschlüsseln werden die in den stationären Pflegeeinrichtungen notwendigen
  - Altenpfleger/-innen, Krankenpfleger/-innen
  - Altenpflegehelfer/-innen, Krankenpflegehelfer/-innen
  - Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen
  - Beschäftigungstherapeuten/-innen, Krankengymnasten/-innen
  - medizinische Bademeister/-innen, Logopäden/-innen
  - sowie das notwendige hauswirtschaftliche Personal finanziert?Nach welchen Kriterien und durch welche Stellen erfolgt die Festlegung dieser Personalschlüssel?  
In welchem Umfange kann mit diesen Personalschlüsseln der Bedarf abgedeckt werden?  
Welche Bedarfskriterien werden dabei zugrunde gelegt?  
Wer legt die Bedarfskriterien fest?
7. Wie ist der Anrechnungsschlüssel der Pflegehilfskräfte im Verhältnis zu den Pflegefachkräften?  
Wird dieser Schlüssel durchgehend in den Einrichtungen beachtet und erreicht?
8. Wieviel Zeit hat eine Pflegekraft im Durchschnitt für die Versorgung der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen tatsächlich zur Verfügung?  
Und wieviel wäre für eine menschenwürdige ganzheitliche Versorgung erforderlich?
9. Unter welchen Arbeits-, Tarif- und Vergütungsbedingungen erfüllen die Beschäftigten in den Tagesheimen, Tagesstätten und Vollzeitpflegeheimen ihren Versorgungsauftrag?  
Wie und durch welche Stellen können diese Bedingungen beeinflußt und verändert werden?
10. Wie wird die Unterbringung Pflegebedürftiger in Tagespflegeheimen, in geronto-psychiatrischen Tagesstätten und in Vollzeit-Altenpflegeheimen finanziert?  
Wie hoch sind die Pflegesätze in diesen Einrichtungen?  
Wie hoch ist der Anteil der Pflegebedürftigen die die Pflegesätze nicht selbst oder durch Angehörige aufbringen können?  
Welchen Einfluß hat die finanzielle Leistungsfähigkeit auf die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung?
11. In welchem Umfange sind vorhandene Pflegebetten nicht belegt, weil das dafür notwendige Pflegepersonal nicht zur Verfügung steht, und wo?

Beweisbeschluß vom 5. September 1989 zu

Beweisantrag Nr. 9

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Was ist Inhalt und Ziel der Vereinbarung vom 2. Juni 1989 zwischen Landeswohlfahrtsorganisationen, Kommunalen Spitzenverbänden und den Landeswohlfahrtsverbänden über die Aufstockung der bisher bestehenden Personalschlüssel?
2. Welche finanziellen Auswirkungen werden durch die vereinbarte Personalschlüsselaufstockung
  - a) auf die Selbstzahler
  - b) die Landeswohlfahrtsverbände
  - c) die Kommunenin den Jahren 1989, 1990 und 1991 erwartet?
3. In welchem Umfange und in welchem Zeitraum kann die Personalaufstockung von den Heimträgern vollzogen werden? Welche personellen und materiellen Probleme werden bei der Umsetzung der Personalschlüsselvereinbarung erwartet?
4. Welche Personenkreise werden von der „Neuordnung der Tarifregelungen für die Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege“ betroffen?  
Was ist Inhalt der Tarifordnung?  
Mit welchen finanziellen Auswirkungen wird bei der Umsetzung des Tarifvertrages für die stationäre Altenpflege insgesamt gerechnet?
  - a) für die öffentlichen Arbeitgeber und
  - b) die karitativen und sonstigen Träger, die solche Verträge übernehmen?
5. Welche Auswirkungen hat die jetzt abgeschlossene „Tarifvereinbarung über eine Neuordnung der Vergütungen für die Beschäftigten in Kranken- und Altenpflegeberufen“ auf das Personal und die Kosten
  - a) der mobilen ambulanten Dienste der Altenhilfe und Altenpflege,
  - b) der Sozialstationen und
  - c) der Kostensätze in Tagesheimen und Tagesstätten?Ist und in welchem Umfange, eine Kostenabwälzung auf die Benutzer oder deren Kostenträgern möglich und vorgesehen?
6. Welche Auswirkungen hat die „Tarifvereinbarung über eine Neuordnung der Vergütungen für die Beschäftigten in Kranken- und Altenpflegeberufen“ auf die Betriebskosten der Alten- und Pflegeheime?  
In welchem Umfange und in welcher Höhe werden durch die Tarifneuordnung die Pflegesätze in den Heimen betroffen?  
Mit welchen zusätzlichen Belastungen haben in diesem Zusammenhang
  - die Selbstzahler,
  - die Landeswohlfahrtsverbände,

- die Kommunen,
  - die Heimträger
- zu rechnen?
7. Mit welchem Gesamtkostenaufwand für Baden-Württemberg berechnet die Landesregierung die Auswirkungen der „Neuordnung der Tarifvergütungen für die Beschäftigten in Kranken- und Altenpflegeberufen“?
- Rechnet die Landesregierung mit Auswirkungen der Tarifneuordnung auf das Personal und die Kosten
- der mobilen ambulanten Dienste der Altenhilfe und Altenpflege,
  - der Sozialstationen und
  - die stationäre Heimpflege?
- Wird mit zusätzlichen Kostenbelastungen der Kommunen, der Wohlfahrtsorganisationen, der Landeswohlfahrtsverbände sowie der Benutzer der entsprechenden Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege oder deren Kostenträger, wie zum Beispiel Krankenkassen, gerechnet?
- Wie bewertet die Landesregierung kurz- und mittelfristig die Chancen für
- die Beseitigung eines bereits eingetretenen oder drohenden Pflege-notstandes,
  - die Gewinnung von Pflegekräften in Alten- und Pflegeheimen, einschließlich der Gewinnung von Berufsanfängern?
8. Ob und in welchem Umfange ist die Landesregierung bereit, bei einem durch die Neuordnung des Tarifgeschehens für die Beschäftigten in Kranken- und Altenpflegeberufen eintretenden Kostenschubes bei den mobilen ambulanten Diensten der Altenhilfe und Altenpflege, der Sozialstationen oder den Kostensätzen in Tagesheimen und Tagesstätten, die bisherigen Fördermittel spürbar aufzustocken?
9. Ob und in welchem Umfange ist die Landesregierung bereit
- a) nach der Verbesserung der Personalschlüsselzahlen und
  - b) nach der Neuordnung der Vergütungen für die Beschäftigten in den Kranken- und Altenpflegeberufen
- einen Beitrag zur Minderung der erwarteten Pflegesatzerhöhungen in Alten- und Pflegeheimen zu leisten?
- In welchem Umfange und durch welche Maßnahmen?

Beweisbeschluß vom 6. Juni 1989 zu

Beweisantrag Nr. 10

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Frage:

1. Welchen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskrankenhäusern sind geriatrische Fachabteilungen angeschlossen?

Über welche Bettenkapazitäten verfügen diese Fachabteilungen?

Welche Erfahrungen wurden mit ihnen gemacht?

2. Nach welchen Kriterien und durch wen erfolgt die Festlegung des Personalbedarfs?

Wird unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe und Kriterien der tatsächliche Pflegebedarf gedeckt?

Entspricht das vorhandene ärztliche, pflegerische, sozialpädagogische und medizinisch-therapeutische Personal hinsichtlich seiner Qualifikation den Anforderungen geriatrischer Fachabteilungen?

Wird es als ausreichend angesehen, wenn das erforderliche geriatrische Fachwissen bei Fehlen einer geriatrischen Fachabteilung von anderen Krankenhäusern konsiliarisch zur Verfügung gestellt wird?

3. Geben Arbeitsbedingungen und Vergütungen hinreichende Anreize für Fachkräfte, sich geriatrisch weiterzubilden und in geriatrischen Fachabteilungen tätig zu werden?

4. Welche Vorgaben oder Richtlinien gibt es für die räumliche Ausstattung der den Krankenhäusern angeschlossenen psychiatrischen Abteilungen, der psychiatrischen Anstalten und der anderen psychiatrischen Einrichtungen, die in erheblichem Umfang mit älteren Menschen belegt werden?

Beweisbeschluß vom 6. Juni 1989 zu

Beweisantrag Nr. 11

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Inwieweit, aufgrund welcher Rahmenbedingungen oder Maßnahmen wirken die Sozialstationen bei der Behandlungs-, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung älterer Menschen mit?

Ist die regionale Verteilung der Sozialstationen in Baden-Württemberg so beschaffen, daß ältere Menschen unabhängig von ihrem Wohnort, in der Stadt oder auf dem Lande, im gleichen Umfange und zu gleichen Bedingungen die erforderlichen pflegerischen Hilfen erhalten können?

Wie wird dabei der Eigenart der Betreuung älterer ausländischer Mitbürger, insbesondere den kulturellen und sprachlichen Unterschieden, Rechnung getragen?

2. Wie und nach welchen Kriterien sind die Sozialstationen personell, räumlich und sächlich ausgestattet?

Inwieweit fördert der Land die personelle, räumliche und sächliche Ausstattung der Sozialstationen?

In welchem Umfange beteiligen sich die kommunalen Einrichtungen an den Kosten?

Welchen Beitrag leisten die Träger der Sozialstationen?

Welche Kostenfinanzierung übernehmen die Leistungsempfänger bzw. deren Krankenkassen?

3. Welche Auswirkungen hat das Gesundheits-Reformgesetz auf den Bedarf an Behandlungs- und Grundpflege sowie an hauswirtschaftlicher Versorgung, soweit diese von Sozialstationen zu erbringen sind?

Können die hierzu erforderlichen Leistungen mit dem vorhandenen Personal erbracht werden?

4. Sind die Sozialstationen fachlich und personell in der Lage, die pflegenden Haushaltsmitglieder zu beraten?

Sind sie zeitlich in der Lage den pflegenden Angehörigen zu deren Entlastung die erforderlichen Pflegetechniken zu vermitteln?

Welche Konzepte und Planungen bestehen hierfür?

5. Welche Anreize bestehen für ehren- oder nebenamtliche Mitarbeiter in den Sozialstationen?

Bestehen Regelungen über Entschädigungen und Vergütungen?

Wie sind diese Mitarbeiter bei Krankheit und Unfall gesichert?

6. Welche tatsächlichen und rechtlichen Arbeitsbedingungen gelten für die hauptamtlichen Mitarbeiter? Nach welchen Kriterien, Vereinbarungen oder Verträgen erfolgen die Vergütungen?

7. Wie werden die Aufgabenbereiche der Sozialstationen und der anderen Pflegedienste abgegrenzt und koordiniert?



Welche Formen der Zusammenarbeit bestehen zwischen kirchlichen Sozialstationen und anderen Pflegediensten?

Wie vollzieht sich die Zusammenarbeit zwischen nichtkirchlichen Sozialstationen und anderen Pflegediensten?

Beweisbeschluß vom 27. Juni 1989 zu

Beweisantrag Nr. 12

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Durch welche ideellen und materiellen Anreize wird der Beruf des/der Altenpflegers/-in attraktiv gestaltet und gefördert?
2. Wie werden Unterschiede hinsichtlich der Ausbildungsvoraussetzungen, -inhalte und -zeiten und unterschiedliche Ausbildungsvergütungen zwischen dem Altenpflege- und dem Krankenpflegeberuf gerechtfertigt?  
Wie können die Rahmenbedingungen für die Krankenpflege- und für die Altenpflegeausbildung angeglichen werden?
3. Entsprechen die gegenwärtigen Ausbildungsinhalte für Altenpfleger/innen den Anforderungen?  
Welche Änderungen können zu einer Verbesserung der Ausbildungsqualität beitragen?  
Bestehen Möglichkeiten der Supervision in der Ausbildung?
4. Bestehen für die Absolventen der Altenpflege- und der Krankenpflegesschulen gleiche Möglichkeiten hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung, der Vergütungshöhe, und der beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten?
5. Welche Altenpflegesschulen werden betrieben und an welchen Standorten?  
Ist die Errichtung weiterer Altenpflegesschulen vorgesehen und an welchen Standorten?  
In welchem Umfange fördert das Land die Errichtung und den Betrieb von Altenpflegesschulen?  
In welchem Umfange beteiligen sich die Kommunen und andere Träger an der Finanzierung?  
Welche Kosten und Ausbildungsentgelte müssen von den Schülern getragen werden?
6. Welche Erfahrungen liegen über die Ausbildung von Altenpflegehelfern/innen vor, insbesondere
  - hinsichtlich der Ausbildungsinhalte,
  - hinsichtlich der Schaffung der erforderlichen Praktikastellen,

- hinsichtlich der Supervision und
- hinsichtlich der Höhe der Ausbildungsvergütungen?

Wie viele Schüler haben die bestehenden Altenpflegehelferschulen?

Wie viele Absolventen haben sie hervorgebracht? Wie hoch ist der Anteil ausländischer Schüler und Absolventen?

7. Wie ist die interdisziplinäre Fortbildung und Supervision im Bereich der Altenpflege entwickelt?

Welche Qualifikationen und Voraussetzungen sind für den beruflichen Aufstieg, zum Beispiel in die Stationsleitung, Pflegedienst- oder Heimleitung erforderlich?

Gibt es eine Fortbildungspflicht?

8. In welchem Umfang werden Zivildienstleistende

- a) in gemeinnützigen ambulanten Pflegediensten
- b) in Sozialstationen
- c) in Pflegeheimen

eingesetzt und mit welchen Aufgaben werden sie betraut?

Erhalten Zivildienstleistende eine ihrer Aufgabe entsprechende Schulung?

Wie sind die Arbeitsbedingungen?

Welche Anrechnungsschlüssel bestehen für Zivildienstleistende im Verhältnis zu den Fachkräften?

Welche Kosten für die Zivildienstleistenden finden Eingang in die Pflegesätze?

Beweisbeschluß vom 27. Juni 1989 zu

Beweisantrag Nr. 13

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Modellrechnungen, mit welchen Ergebnissen und welchen Erkenntnissen liegen über

- die Veränderung der Altersstrukturen in Baden-Württemberg
  - a) bis zum Jahr 2000,
  - b) bis zum Jahr 2030,
- den erwarteten Frauenanteil,
- den erwarteten Ausländeranteil,
- die Veränderungen der Familienstrukturen,
- die entsprechenden Veränderungen in den Regionen des Landes,
- die sozialen und gesundheitlichen Aspekte einschließlich der Wohn- und Bildungssituation älterer Menschen vor?

Wie sind die bundesweiten und die europäischen Vergleichszahlen?

2. Aufgrund welcher tatsächlichen oder rechtlichen Grundlagen haben die Bürger Baden-Württembergs die Möglichkeit zur finanziellen Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Alter?

In welchem Maße besteht eine Verpflichtung zu einer solchen Absicherung für alle Bürger?

Welche Beiträge werden von Pflegeversicherern verlangt?

Wie hoch ist der Beitragsaufwand für die Pflegeleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Werden durch die heute bestehenden Leistungsangebote die notwendigen Kosten einer häuslichen oder stationären Pflege gedeckt?

3. Welche Auswirkungen hat die Gesundheits- und Rentenreform auf die Situation der Menschen im Alter, insbesondere bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit?

Wie werden durch die Reformgesetze die Einkommens- und Vermögensverhältnisse älterer Menschen beeinflusst?

Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 14

der Abg. Johanna Maria Quis, GRÜNE

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Erfahrungen werden in Heimen gemacht, in denen durch Mitarbeit von Angehörigen bzw. die Einbeziehung von Besuchsdiensten eine individuelle Betreuung vor allem psychosozialer Art möglich gemacht wird in bezug auf Eingewöhnung, Besserung von Symptomen und Aktivitäten der Betroffenen?
2. Welche Erfahrungen werden mit einer Heimbeiratstätigkeit gemacht, in die Heimleiter, Mitarbeiter/innen, Heimbewohner/innen miteinbezogen werden? Wie arbeiten Heimparlamente und Heimkonferenzen?
3. Welche Erfahrungen werden in Heimen gemacht, in denen versucht wird, durch neue Formen der Organisation, zum Beispiel durch Teambetreuung und Wohngruppenpflege, mehr Mitwirkungsmöglichkeiten gefördert werden?
4. In wie vielen Heimen haben Bewohner/innen von Pflegeheimen, Mitarbeiter/innen und Angehörige die Möglichkeit, eine gemeinsame Konzeption des Heimalltags mitzuentwickeln, die auch die Äußerungsmöglichkeiten von dementen Heimbewohner/innen miteinbezieht?

Welche Erfahrungen sind hiermit gemacht worden?

5. In wie vielen Heimen wird versucht, durch Mischung der dementen und der geistig normalen Heimbewohner/innen zu erreichen, daß letztere auch die Interessen der dementen Bewohner/innen mitvertreten können? Welche Erfahrungen sind hiermit gemacht worden?

Beweisbeschluß vom 19. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 15

der Abg. Johanna Maria Quis, GRÜNE

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. In wie vielen Heimen werden Heimbeiräte ordnungsgemäß und vollständig gewählt? Inwieweit werden auch Mitarbeiter/innen, Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen bestimmt, die die Rechte der Heimbewohner/innen vertreten?
2. Inwieweit werden Schwerstpflegefälle und deren Interessen im Heimbeirat vertreten? Werden diese Personen durch Angehörige, Mitarbeiter/innen oder zum Beispiel „Ombudsleute“ vertreten? Gibt es Formen der Mitbestimmung für demente Heimbewohner/innen?
3. In wie vielen Heimen finden regelmäßig Heimbeiratssitzungen statt? Wer beruft diese ein und von wem werden die Tagesordnungen aufgestellt? Wer erstattet Tätigkeitsbericht über die Heimbeiratstätigkeit in Pflegeheimen?

Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu

Beweisantrag Nr. 16 – Neufassung

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen,

umgehend mitzuteilen,

1. mit welchem konkreten Auftrag ein wissenschaftlicher Arbeitskreis im Bereich Gerontologie eingerichtet worden ist, wer diesem Arbeitskreis angehört und welche Vorschläge dieser Arbeitskreis bisher für eine Gerontologie-Konzeption vorgelegt hat;
2. wie der Stand des geplanten Konzepts der Landesregierung zur Verbesserung der Pflegesituation ist und welche konkreten Maßnahmen nach dem derzeitigen Stand zu welchem Zeitpunkt ergriffen werden sollen;
3. wie das von der Landesregierung angekündigte System finanzieller Zulagen bei der Altenpflege und wie dabei die ebenfalls angekündigte Honorierung der Fort- und Weiterbildung im einzelnen aussehen soll;
4. welches Ergebnis das Spitzengespräch des Ministerpräsidenten zur Verbesserung der angespannten Lage in den Pflegebereichen, unter anderem der Altenhilfeeinrichtungen, erbracht hat, das am 9. März 1989 stattfand, wer daran teilgenommen hat, wie das weitere Vorgehen ist und welche Zielvorstellungen für das angekündigte „tragfähige mittel- und langfristige“ Gesamtkonzept von der Landesregierung vorgegeben worden sind.

Beweisbeschluß vom 27. Juni 1989 zu

Beweisantrag Nr. 17

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben darüber,

welche Erfahrungen mit der personellen und sächlichen Ausstattung der Altenheime und der Altenpflegeheime im Hinblick auf die medizinische Versorgung älterer Menschen gemacht worden sind.

wie dies bewertet wird und welche Konsequenzen daraus gezogen werden müssen,

sowie insbesondere über die Fragen:

1. Durch welche Personen, Einrichtungen oder Organisationen wird die medizinische Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen sichergestellt, unter anderem wenn sich diese in Altenheimen oder Altenpflegeheimen aufhalten?
2. Wer führt die ärztlich angeordneten Therapiemaßnahmen durch? Wer trägt dafür die Verantwortung? Wer überwacht deren Einhaltung im Einzelfalle?
3. Aufgrund welcher rechtlichen/verwaltungsmäßigen oder sonstigen Regelungen erfolgt die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen? Wie wird dabei die freie Arztwahl sichergestellt? Gibt es Erfahrungen mit vertraglich an ein Haus gebundenen Ärzten?
4. Wie und unter welcher persönlichen Verantwortung werden verordnete Arzneimittel in den Einrichtungen aufbewahrt? Wie wird die Vergabe und der Verbrauch kontrolliert? Werden darüber Aufzeichnungen geführt?
5. Wird im Rahmen einer regelmäßigen Heimüberwachung durch Ärzte der staatlichen Gesundheitsämter die ordnungsgemäße Aufbewahrung, die richtige Verwendung von Arzneimitteln überwacht, sowie die angemessene ärztliche Versorgung gewährleistet, werden darüber Protokolle angefertigt?

Beweisbeschluß vom 1. September 1989 zu

Beweisantrag Nr. 18

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Liegt eine schriftliche Vereinbarung, eine Niederschrift oder ein anderes schriftliches Dokument vor, das den Inhalt und das Ergebnis der im Mai 1987 vom Sozialministerium gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden, den kommunalen Landesverbänden, der Krankenhausesellschaft und der Ärzteschaft entwickelten Linie zur adäquaten Versorgung alter und chronisch kranker Menschen festhält?

Was ist konkret der Inhalt oder das Ergebnis der von den seinerzeit Beteiligten entwickelten Linie, auf deren Grundlage das Sozialministerium entsprechend einem Bericht vom 6. Juni 1989 den Ausbau der geriatrischen Versorgung betreibt?

2. In welchem Umfange werden die bei der Entwicklung der Linie zur adäquaten Versorgung älterer und chronisch kranker Menschen Beteiligten seitdem zum weiteren Ausbau der geriatrischen Versorgung herangezogen?

Wieviel Arbeitssitzungen wurden seit Mai 1987 bis heute durchgeführt? Was waren dabei die Schwerpunktinhalte, welche Ergebnisse wurden erzielt?

Welche Ergebnisse konnten bereits umgesetzt werden oder sollen noch umgesetzt werden? Welche Zeiträume sind dafür vorgesehen?

3. Welche konkreten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung wurden von den jeweils Beteiligten auf der Basis der im Mai 1987 entwickelten Linie seitdem im Einzelnen – ausgenommen die Modellversuche in Ludwigsburg, Ostfildern und Waldshut – in den Aufgabenbereichen

- der Einrichtung von geriatrischen Behandlungsschwerpunkten an einem in jedem Kreis jeweils geeigneten Akutkrankenhaus – insbesondere hinsichtlich der Zahl der Behandlungsschwerpunkte und Betten,
- eines frühest möglichen Beginns der Rehabilitation im Krankenhaus,
- der Sicherung der Anschlußheilbehandlung im Kreisgebiet für alle rehabilitationsfähigen Patienten in einer Rehabilitationseinrichtung oder durch ambulante Dienste, insbesondere auch
- einer funktionierenden Koordination der sozialen Dienste von Krankenhäusern, Krankenkassen, Pflegeheimen und ambulanten sozialen Diensten zur Rehabilitationssicherung und der Bereitstellung von vollstationären Rehabilitationsbetten,
- der Einrichtung von Kurzzeitpflegeplätzen und Krankenwohnungen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten oder zur Entlastung pflegender Angehöriger insbesondere hinsichtlich der Zahl und Standorte der geförderten Kurzzeitpflegeplätze und Krankenwohnungen,
- der aktivierenden und der rehabilitativen Pflege in Pflegeheimen als präventive oder rückkehrfördernde Maßnahmen,
- der Verbesserung der geronto-psychiatrischen Versorgung durch Ärzte und Tagesstätten insbesondere der Zahl der geförderten Plätze in geronto-psychiatrischen Tagesstätten,
- der Vernetzung der Einrichtungen und Dienste durch eine Kooperations- und Informationszentrale im jeweiligen Versorgungsgebiet

eingeleitet oder befinden sich bereits in der konkreten Umsetzung?

Wie ist der Stand und das Ergebnis der eingeleiteten oder sich schon in der Umsetzung befindlichen Maßnahmen?

In welcher Höhe sind begleitende Fördermittel des Landes bereitgestellt oder geplant? In welcher Höhe werden notwendige Investitionen erwartet?

Beweisbeschluß vom 29. September 1989 zu

Beweisantrag Nr. 19

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Untersuchungsausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Untersuchungen und Erkenntnisse gibt es, die Rückschlüsse auf den Sterbeort älterer Menschen außerhalb der häuslichen Umgebung zulassen, insbesondere in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und Altenheimen?

Werden todkranke Patienten zum Sterben vom Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt, gegebenenfalls wo und in welchem Umfang? Wie hoch ist die Verweildauer der Patienten in den Pflegeheimen, die vom Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt wurden?

In welchem Umfang werden todkranke Patienten zum Sterben aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen und in welchem Umfang werden todkranke Patienten von zuhause in ein Altenpflegeheim oder in ein Krankenhaus verbracht?

2. Welche Erkenntnisse liegen über Wünsche und Bedürfnisse, Ängste und Einschätzungen älterer Menschen hinsichtlich ihres Sterbeortes vor?
3. Wie empfinden Angehörige und Bezugspersonen nach den Erkenntnissen der Sozialforschung die räumlichen und pflegerischen Bedingungen, unter denen ihre Verwandten und Freunde außerhalb der häuslichen Umgebung sterben?
4. Wie werden Ärzte, Pflegepersonal und Hilfspersonal hinsichtlich des Umgangs mit Sterbenden ausgebildet, geschult oder weitergebildet insbesondere in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen?
5. Welche Einrichtungen bestehen in der Bundesrepublik und insbesondere in Baden-Württemberg, die den in angelsächsischen Ländern bestehenden Hospizen entsprechen, in denen den Todkranken menschlicher und pflegerischer Beistand geleistet wird?

Wie viele Patienten halten sich in diesen Einrichtungen derzeit auf, wie ist dort das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Patienten und Pflegekraft, wie hoch ist die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten in dieser Einrichtung?

Bieten die bestehenden Einrichtungen auch ambulante Dienste an?

6. Wo und in welchem Umfang gibt es geeignete und angemessene Räumlichkeiten in Krankenhäusern und Pflegeheimen? In welchem Umfang ist die Sterbebegleitung gesichert?

Wie ist sichergestellt, daß Angehörigen und Bezugspersonen rechtzeitig die Möglichkeit gegeben ist, dem Sterbenden Beistand zu leisten?

7. Welche ambulante Hospizdienste oder entsprechende Gruppen bestehen, die alleinstehende Sterbende in der häuslichen Umgebung betreuen?

Wenn ja, wie viele Personen werden von diesen Diensten betreut? Sind überwiegend hauptamtliche oder ehrenamtliche Mitarbeiter beschäf-



tigt? Wie werden die Mitarbeiter auf ihre Aufgaben vorbereitet? Wer trägt die Kosten dieses Dienstes, wer ist der Träger der jeweiligen Einrichtung?

8. Welche Selbsthilfegruppen von Angehörigen bestehen, die ihre todkranken Verwandten zuhause betreuen?

Welche Hilfestellungen werden den Angehörigen gegeben?

9. Welche Modelle zur humaneren Ausgestaltung der Umstände und Gegebenheiten, unter denen ältere Menschen außerhalb der häuslichen Umgebung sterben, befürwortet Landesregierung, Kirchen und Wohlfahrtseinrichtungen?

Welche Vorstellungen bestehen, um beim Sterben älterer Menschen außerhalb der häuslichen Umgebung Angehörige und Bezugspersonen weitestmöglich einzubinden?

Wie kann die Zahl der Krankenhauseinweisungen allein aus Gründen der Schmerzbekämpfung vermindert werden?

Welche Möglichkeiten gibt es, um im Rahmen von Sozialdiensten die Sterbebegleitung insbesondere von alleinstehenden Menschen in der häuslichen Umgebung zu fördern?

Welche Forschungsvorhaben über die Möglichkeiten zur humaneren Ausgestaltung der Umstände und Gegebenheiten, unter denen ältere Menschen außerhalb der häuslichen Umgebung sterben, sind vergeben und mit welchem Ergebnis?

Beweisbeschluß vom 11. Mai 1990 zu

Beweisantrag Nr. 20

der Abg. Johanna Maria Quis GRÜNE

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Modelle zur Entlastung häuslich Pflegenden gibt es?
2. Welche Möglichkeiten gibt es, verstärkt männliche Angehörige zu der häuslichen Pflege heranzuziehen, zum Beispiel durch veränderte Arbeitszeitregelungen, Teilzeitarbeit und einem finanziellen Ausgleich für Erwerbstätige?
3. Welche Zwischenformen zwischen häuslicher und außerhäuslicher Pflege gibt es, die die häuslich Pflegenden entlasten?
4. Welche Möglichkeiten gibt es, häusliche Pflege dadurch zu erleichtern, daß die teilstationäre Aufnahme in Altenheime nach Krankenhausaufenthalt ermöglicht wird?
5. Welche Fortbildungsmaßnahmen für häuslich Pflegenden gibt es?

6. Welche Formen der Vergütung von häuslich Pflegenden sind notwendig (Rentenversicherungen, Pflegegelder) und welche finanziellen Pflegeleistungen erhalten Pflegende zur Zeit?
7. Welche Möglichkeiten der Verbesserung der Situation der häuslichen Pflege gibt es durch eine Verbesserung der Ausstattung der ambulanten Einrichtungen, zum Beispiel durch Wochenenddienste, Verbesserung der technischen Hilfsmittel, bessere personelle Ausstattung und die Anbindung und verbesserte Ausbildung von ehrenamtlichen Helfern?

Beweisbeschluß vom 22. Juni 1990 zu

Beweisantrag Nr. 21

der Abg. Werner Weinmann u. a. SPD

Der Ausschuß wolle beschließen:

Es wird Beweis erhoben über die Fragen:

1. Welche Erfahrungen und Erkenntnisse liegen über die in Dänemark erfolgte Reform der Altenpolitik vor, insbesondere hinsichtlich des Gesetzes, das den Bau herkömmlicher Altenheime untersagt und die Gemeinden zum Bau von behinderten- bzw. altengerechten Wohnungen sowie zur Bereitstellung der notwendigen ambulanten Hilfsdienste verpflichtet?
2. Welche unterschiedlichen Wohn- bzw. Unterbringungsformen für ältere Menschen bestehen in Dänemark und welche Erfahrungen liegen damit vor?
3. Welche Unterschiede lassen sich im Vergleich dänischer und bundesdeutscher Alten- und Pflegeheime feststellen, insbesondere hinsichtlich der Heimstrukturen, der baulichen Standards, der pflegerischen Betreuung sowie der Finanzierung?
4. Auf welche Weise erfolgt die Planung, der Bau und die Finanzierung von altengerechten Wohnungen? Inwieweit wird durch bauliche Standards eine altengerechte Ausstattung verwirklicht? Welche Erfahrungen liegen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit besonderen Architekturbüros oder mit öffentlichen und kommunalen Bauträgern vor?
5. Welche Institutionen entscheiden über Zeitpunkt Art und Ort der Unterbringung der betroffenen älteren Menschen in diesen Wohnungen? Kann eine wohnortnahe Unterbringung gewährleistet werden?
6. Auf welche Weise und durch welche Dienste erfolgt die ambulante Versorgung älterer Menschen in ihren eigenen Wohnungen, in umgebauten oder neu gebauten behinderten- bzw. altengerechten Wohnungen? Wie wird die Anbindung der Wohnungen an die mobilen Hilfsdienste, Pflegedienste und Krankenschwesternzentralen sichergestellt?
7. Welche Erkenntnisse liegen hinsichtlich der Kooperation und Koordination dieser Dienste vor? Inwieweit kann eine flächen- bzw. bedarfsdeckende Versorgung gewährleistet werden?

Anlage 3

**Liste der vernommenen Zeugen und Sachverständigen  
in der Reihenfolge ihrer Vernehmung**

8. Dezember 1988, 3. Sitzung	zu Beweis- antrag-Nr.
Dr. Walter Kilian, Ministerialdirektor beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg, Stuttgart	1
Dr. Klaus Richter, Geschäftsführer des Städtetags Baden-Württemberg, Stuttgart	1
Dr. Kurt Gerhardt, Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg, Stuttgart	1
Dr. Christian O. Steger, Hauptgeschäftsführer des Gemeindetags Baden-Württemberg, Stuttgart	1
Dr. Hans Leutiger, Evangelisches Krankenhaus Gesundbrunnen, Hofgeismar (als Sachverständiger)	2
Dr. Mechtild Schröder, Diakoniewerk Bethel, Berlin-Dahlem (als Sachverständige)	2
Dr. Werner Boll, Vorsitzender der Akademie für Ältere, Heidelberg (als Sachverständiger)	2
Prof. Dr. Wolfgang Beischer, Ärztlicher Direktor im Bürgerhospital, Medizinische Klinik, Stuttgart (als Sachverständiger)	2
 25. Januar 1989, 4. Sitzung	
Hans-Otto Walter, Verbandsdirektor, Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe	1
Kurt Becker, Verbandsdirektor, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, Stuttgart	1
Dieter Ohnmacht, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Südwest, Lahr	1
Dr. Walter Kilian, Ministerialdirektor beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg, Stuttgart	1
Siegfried Hörrmann, Geschäftsführer im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart	1
Dr. Oswald Seitter, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied, Verband privater Altenheime Baden-Württemberg e. V., Stuttgart	1
Rolf Oswald, Geschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Baden e. V., Karlsruhe	1
Lydia Bielzer, Abteilungsleiterin beim Caritasverband für Württemberg e. V., Stuttgart	1

	zu Beiweis- antrag-Nr.
23. Februar 1989, 5. Sitzung	
Dr. Franz-Josef Große-Ruyken, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Freiburg	2
Prof. Dr. Martin Stauch, Ärztlicher Direktor der Abteilung Sport- und Leistungsmedizin, Medizinische Universitäts- und Poliklinik, Ulm	2
Roland Sing, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden, Stuttgart	2
Dr. Wolfgang Mohr, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart	2
Adelheid Kiesinger, Vorsitzende des Verbandes der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten e. V., Karlsbads-Ittersbach	2
Prof. Dr. F. W. Schwartz, Medizinische Hochschule, Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin, Hannover (als Sachverständiger)	2
6. April 1989, 6. Sitzung	
Barbara Schäfer, Minister für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg	2
Rolf Oswald, Geschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Baden e. V., Karlsruhe	2
Ewald Hinderer, Verbandsdirektor der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg e. V., Stuttgart	2
19. April 1989, 7. Sitzung	
Dr. Hans-Peter Rieder, Diözesan-Caritasdirektor, Caritasverband für Württemberg e. V., Stuttgart	3
Hans Hummel, Vorsitzender des Kreissenorenrats Esslingen	2, 3
Renate Krausnick-Horst, Geschäftsführerin des Volkshochschulverbands Baden-Württemberg e. V., Stuttgart	3
Dr. Valerio Polimeni, Caritasverband für Württemberg e. V., Sozialer Dienst für Italiener, Stuttgart	3
Gabriele Gerngroß-Haas, Sozialplanerin, Sozialamt der Stadt Stuttgart	4
Horst Krautter, Geschäftsführer der Kommunalentwicklung Baden-Württemberg GmbH, Stuttgart	4
Hermann Schäfer, Vorsitzender des Landessenorenrats, Stuttgart	2, 3
Werner Frank, Ltd. Verwaltungsdirektor beim Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart	4
20. April 1989, 8. Sitzung	
Dr. Hans Schaible, Vorsitzender des Landessportverbands Baden-Württemberg, Stuttgart	3
Dr. Klaus Richter, Geschäftsführer des Städtetags Baden-Württemberg, Stuttgart	4

	zu Beiweis- antrag-Nr.
Marlies Heck, Vorsitzende des Seniorenschutzbundes Graue Panther e. V., Stuttgart	3
Albrecht Roos, Oberkirchenrat, Hauptgeschäftsführer des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart	3
Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner, Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim (als Sachverständiger)	2

## 29. Mai 1989, 9. Sitzung

Prof. Dr. Klaus Österreich, Universität Heidelberg, Sektion Gerontopsychiatrie, Heidelberg (als Sachverständiger)	5
Prof. Dr. Günter Schlierf, Ärztlicher Direktor des Bethanien-Krankenhauses, Heidelberg (als Sachverständiger)	5
Hans Dietmar Sauer, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der Landeskreditbank Baden-Württemberg, Karlsruhe	4
Hanns Günter Michel, Oberkirchenrat, Vorsitzender der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg, Karlsruhe	6
Walter Pahl, stellv. Vorsitzender des Gesamtverbands Gemeinnütziger Wohnungsunternehmen e. V., Mannheim	4

## 6. Juni 1989, 10. Sitzung

Prof. Dr. Helmut Engler, Minister für Wissenschaft und Kunst, Stuttgart	5
Margarete Berner, Altenhilfe-Fachberaterin beim Landratsamt Böblingen	6
Dietmar Schlee, Innenminister, Stuttgart	4
Roland Sing, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden, Stuttgart	8
Reiner Casse, Bürgermeister, Heilbronn	8
Peter Schleinitz, Vorsitzender des Kreissenorenrats Ludwigsburg, Markgröningen	6
Marlies Heck, Vorsitzende des Seniorenschutzbundes Graue Panther e. V., Stuttgart	6

## 15. Juni 1989, 11. Sitzung

Dr. Hans-Peter Rieder, Diözesan-Caritasdirektor, Caritasverband für Württemberg e. V., Stuttgart	6
Astrid Hedtke-Becker, Diplom-Pädagogin, Heddesheim	6
Gertrud Sperr, Oberin i. R., Heilbronn	6
Hans Peter Winter, Architekt beim Kuratorium deutsche Altershilfe, Köln	4

20. Juni 1989, 12. Sitzung	zu Beiweis- antrag-Nr.
Helmut Graf, Sozialamtsleiter, Stadt Mannheim	6
Alfons J. Koller, Geschäftsführer des Landessenorenrates Baden-Württemberg, Stuttgart	4
Dr. Rotraud Weeber, Sozialplanerin, Mitglied des Städtebauausschusses der Stadt Stuttgart	4
27. Juni 1989, 13. Sitzung	
G. R. Axtmann, Diözesan-Caritasdirektor, Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V., Freiburg	7
Johannes Gruber, Leiter des Altenheims St. Vinzenz, Filderstadt Plattenhardt	8
Manfred King, Abteilungsleiter, Caritasverband für Stuttgart e. V., Stuttgart	8
1. September 1989, 14. Sitzung	
Hans-Jörg Seeh, Bürgermeister, Freiburg i. Breisgau	7
Werner Sixt, Erster Beigeordneter des Gemeindetags Baden-Württemberg, Stuttgart	7, 11
Werner Frank, Ltd. Verwaltungsdirektor beim Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart	7
Gerhard Abelein, Bundesvorsitzender des Verbandes der privaten Alten- und Pflegeheime e. V., Stuttgart	7
Ursula Schüttler, Leiterin des Einsatzdienstes „Hauspflege und Nachbarschaftshilfe Crailsheim“ e. V., Crailsheim	6, 11
Inge Hafner, Altenhilfe-Fachberaterin beim Landratsamt Esslingen a. N.	6
Ruprecht von Gustedt, Geschäftsführer der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg, Stuttgart	7
5. September 1989, 15. Sitzung	
Dr. Christoph Jopen, Verwaltungsdirektor beim Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, Tübingen	8
Peter Junker, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Verbandes schwäbischer Feierabendheime e. V., Stuttgart	8
Dr. Oswald Seitter, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Verbandes privater Altenheime Baden-Württemberg e. V., Stuttgart	7
29. September 1989, 16. Sitzung	
Renate Wiesnagrotzki, Leiterin des Altenheims „Obertor“, Esslingen a. N.	8
Irmgard Müller, Leiterin des „Erich-Burger-Heims“, Bühl	8
Marga Arnold, Pflegedienstleiterin, Altenhilfeeinrichtung „Wilhelmshilfe e. V.“, Süßen	8

	zu Beweis- antrag-Nr.
Hans Jürgen Arndt, Vorsitzender des Landesbezirks Baden-Württemberg der „Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr“, Stuttgart	8
Beate Hill, Vorsitzende des Landesverbandes der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“, Tübingen	8
Marie-Anne Berlé, Heimbeirätin im „Haus auf der Waldau“, Stuttgart	8
Angelika Kugler, Altenpflegerin, Ketsch	8
Dr. Gerhard Bäcker, wissenschaftlicher Referent beim Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des DGB, Düsseldorf (als Sachverständiger)	8
/	
18. Oktober 1989, 17. Sitzung	
Dr. Heinz Reichert, Landrat des Enzkreises, Pforzheim	8
Maria Ulmer, Leiterin der Diakoniestation Aidlingen, Aidlingen	11
Albrecht Roos, Oberkirchenrat, Hauptgeschäftsführer des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart	11, 12
Hans Hartmann, Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg der „Deutschen Angestellten Gewerkschaft“, Stuttgart	8, 10
Helmut Gnädig, Referatsleiter, Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V., Freiburg	11
Hans-Jörg Böhringer, Landesgeschäftsführer, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V., Stuttgart	11
Dieter Rilling, Leiter des Sozialamtes der Stadt Stuttgart	11
Lore Hirrlinger, Geschäftsführerin der Sozialstation Esslingen a. N.	11
19. Oktober 1989, 18. Sitzung	
Aribert Jäck, Geschäftsführer beim Diakonischen Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V., Karlsruhe	11
Dr. Klaus Richter, Geschäftsführer beim Städtetag Baden-Württemberg, Stuttgart	11
Regina Metzger, (bis 30. September 1989) Pflegedienstleiterin der Sozialstation Gärtringen, Gärtringen	11
Hubert Jocham, Krankenpfleger, Sozialstation St. Martin, Langenargen	11
Gretel Maute, Leiterin des Samariterstifts Ostfildern	17
Bernd Kreller, Leiter des Alten- und Pflegeheims „Haus auf der Waldau“, Stuttgart	17
Adelheid Siegmann, Leiterin des Alten- und Pflegeheims „Henriettenstift“, Kirchheim unter Teck	17

17. November 1989, 19. Sitzung	zu Beiweis- antrag-Nr.	
Dr. Marie-Luise Eisenbarth, Ärztin, Heilbronn	8	
Dr. Burkhard Krauß, Ärztlicher Leiter des „Christophsbads“, Göppingen	8	
Manfred Campioni, Altenpfleger, Mannheim	17	
Lydia Bielzer, Abteilungsleiterin beim Caritasverband für Württemberg e. V., Stuttgart	11	
8. Dezember 1989, 20. Sitzung		
Dr. Konrad Hummel, Leiter der städt. Leitstelle „Älter werden in Augsburg“, Augsburg	8	
Dr. Barbara Tebbert, Regierungsmedizinaldirektorin, Staatliches Gesundheitsamt Karlsruhe, Karlsruhe	17	
Leposava Stollberg, Leiterin des Altenheims am Stadtgarten, Kornwestheim	17	
Roland Sing, Geschäftsführer des AOK Landesverbands Württemberg-Baden, Stuttgart	17, 18	
Dr. Helmut Walz, Arzt, Stuttgart	17	
19. Januar 1990, 21. Sitzung		
Dr. Thomas Zalewski, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg, Stuttgart	17	
Dr. Kurt Gerhardt, Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg, Stuttgart	9, 18	
Rolf Oswald, Geschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Baden e. V., Karlsruhe	9	
Barbara Schäfer, Minister für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg	9, 18	
Hans-Otto Walter, Verbandsdirektor, Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe	9	
Bernd Kreller, Leiter des Alten- und Pflegeheims „Haus auf der Waldau“, Stuttgart	9	
Siegfried Hörrmann, Geschäftsführer im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart	9	
23. Februar 1990, 22. Sitzung		
Willi Postler, Landesgeschäftsführer der Deutschen Angestellten-Krankenkasse, Stuttgart	10, 18	
Manfred Autenrieth, Landrat, Rottweil	10, 18	
Rüdiger Deckner, Verwaltungsdirektor des städtischen Klinikums, Mannheim	10	
Dr. Ulrich Bopp, Ministerialdirigent beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden-Württemberg, Stuttgart	10	
Norbert Badziong, Gewerkschaftssekretär bei der ÖTV-Hauptverwaltung, Stuttgart	9, 12	



	zu Beiweis- antrag-Nr.
Prof. Dr. Wolfgang Beischer, Ärztlicher Direktor im Bürgerhospital, Medizinische Klinik, Stuttgart (als Sachverständiger)	10
6. April 1990, 23. Sitzung	
Liliane Kühn, Hauswirtschaftsschulrätin, Rastatt	12
Christa Lörcher, Unterrichtsschwester an einer Altenpflegeschule, Villingen-Schwenningen	12
Ernst Harmening, Verwaltungsleiter der Filderklinik Bonlanden, Filderstadt	12
Otmar Gutmann, Oberstudiendirektor, Leiter der „Bertha-von-Suttner-Schule“, Ettlingen	12
Ulrike Schnatterer, Diplom-Sozialpädagogin (FH), Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V., Freiburg	15
4. Mai 1990, 24. Sitzung	
Prof. Dr. Max Wingen, Präsident des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Stuttgart (als Sachverständiger)	13
Dr. Jürgen Schürholz, Ärztlicher Leiter der Filderklinik, Filderstadt (als Sachverständiger)	19
Dr. Reinhold Schwarz, Leiter der Psychosozialen Nachsorgeeinrichtung der chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg	19
Bert Degenhart, Ministerialdirigent, Ministerium für Kultus und Sport, Baden-Württemberg, Stuttgart	12
Dr. Paul Türks, Pfarrer, Altenheim „Haus Hörn“, Aachen	19
11. Mai 1990, 25. Sitzung	
Werner Frank, Ltd. Verwaltungsdirektor beim Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart	13
Joachim Effler, Heimleiter, Winterbach	15
Siegfried Hörmann, Geschäftsführer im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart	15
Manfred Funk, Krankenpfleger und Betriebsratsvorsitzender im Reha-Krankenhaus Karlsbad-Langensteinbach, Karlsruhe	10
Dr. Willi Rückert, Leiter der Abteilung Sozialwirtschaft beim Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln (als Sachverständiger)	13
Peter King, Leiter der Altenpflegeschule im „Berufsbildungswerk des DGB“, Stuttgart	12
Dr. Daniela Tausch-Flammer, Leiterin des Hospiz-Dienstes der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V., Stuttgart	19
Edda Schneider-Klett, Sozialarbeiterin, Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V., Stuttgart	19

## 22. Juni 1990, 26. Sitzung

Jürgen Adam, Domkapitular, Rottenburg (als Sachverständiger)	19
Dr. Helmut Schmidt, Pfarrer, Theologischer Leiter des Fachseminars für Gemeindekrankenpflege, Karlsruhe (als Sachverständiger)	19
Prof. Reinhard Tausch, Psychologisches Institut der Universität Hamburg, Hamburg (als Sachverständiger)	19
Norbert Mätzke, Pflegefachberater, Fellbach	14
Astrid Hedtke-Becker, Diplompädagogin, Heddesheim (als Sachverständige)	20
Edith Eymann, Diplompädagogin, Mannheim (als Sachverständige)	20
Birgit Orth-Herdel, Altenpflegerin, Gleisweiler (als Sachverständige)	20

Anlage 4

**Kurzbericht**  
**über die Informationsreise des Untersuchungsausschusses**  
**„Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“**  
**vom 17. bis 19. Oktober 1990 nach London**  
**und in den Kreis Kopenhagen**

I.

Am 17. Oktober 1990 informierte sich der Ausschuß im Trinity Hospice, 30 Clapham Common North Side, London, SW 4 ORN.

Das Trinity Hospice war eines der ersten Hospize und ist heute fast einhundert Jahre alt. Es hat sich zum Ziel gesetzt, Patienten bis zum Ende ein volles Leben zu ermöglichen, auch bei Pflege zu Hause.

Dieses Ziel wird mittels palliativer Medizin und der Betreuung der Patienten durch ein Team verfolgt. Daneben besteht ein Helferkreis von Ehrenamtlichen, die von einer hauptamtlich beschäftigten Krankenschwester geleitet und geschult werden.

Im Trinity Hospice sind 30 Betten zur stationären Aufnahme von Patienten vorhanden. Im übrigen übernimmt ein Team die Fürsorge und Pflege auch zuhause. Dort werden etwa 80 Patienten betreut.

Das Pfl egeteam des Hospizes und für die ambulante Betreuung setzt sich wegen der ganzheitlichen Behandlung aus unterschiedlichsten Qualifikationen und Berufsgruppen zusammen und reichen bis hin zum Friseur, Fußpflege.

Das Personal des Hospizes umfaßt 100 angestellte Personen, im übrigen ehrenamtliche Helfer. 4 Krankenschwestern betreuen ca. 80 Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. 2 Schwestern sind speziell für die Kurzzeitpflege zuständig. Die Kurzzeitpflege erfolgt unentgeltlich.

Der Einzugsbereich des Hospizes erstreckt sich auf einen Bereich von etwa 2 Millionen Einwohnern. Die ehrenamtlichen Kräfte werden aus allen Gesellschaftsschichten gewonnen und arbeiten ohne jegliche Entlohnung oder Kostenerstattung. Sie verpflichten sich in der Regel, an einem Tag der Woche einsatzbereit zu sein. Die Einteilung erfolgt sehr flexibel und wird durch eine festangestellte Krankenschwester koordiniert. Einmal monatlich findet ein Seminar zur Festigung ehrenamtlicher Helfer statt. Im übrigen stehen alle Hospizmitarbeiter ständig zu deren Verfügung.

Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung gibt es nicht. Nur für spezielle Dienstleistungen müssen z. T. Freiwillige gesucht werden. Schwestern verdienen etwa 12 000 bis 12 500 £ als Anfangsgehalt, bei Berufserfahrung etwa 18 000 £ pro Jahr. Im Vergleich dazu bekommt eine Sekretärin 10 000 bis 15 000 £ jährlich.

#### Finanzierung

Die jährlichen Kosten von etwa 1,6 Millionen £ werden zu 70 % aus freiwilligen Spenden bestritten. Von Kreis oder Gemeinden erhält das Hospiz etwa 20 % des Gesamteinkommens, 8 % werden aus Mitteln der Sozialversicherung bestritten.

Der größte Teil der Spenden resultiert aus Einzelschenkungen. Daneben gewinnen sogenannte Wohltätigkeitsläden zunehmend Bedeutung. Diese Entwicklung läßt sich daran ersehen, daß vor 3 Jahren mit drei solcher

Geschäfte ca. 7 000 £ erwirtschaftet werden konnten, während derzeit acht Geschäfte etwa 250 000 £ erwirtschaften. Der daraus resultierende Gewinn beträgt etwa die Hälfte, also rd. 125 000 £. Als weitere wichtige Quelle wird die Zusammenarbeit mit großen Firmen gesucht, die ihrerseits damit Imageaufwertung betreiben.

Die steuerliche Begünstigung von Spenden beträgt bis zu 600 £ pro Jahr. Das Hospiz bekommt dann neben der Spende zusätzlich entsprechend dem individuellen Steuersatz weitere 25 bzw. 40 %.

Eventuelle Defizite können notfalls von einem Investitionsfonds abgedeckt werden. Regierung oder Kreise und Gemeinden greifen in einem solchen Fall nicht ein.

#### Sozialarbeit

Für die Sozialarbeit stehen 3 Kräfte zur Verfügung, davon 2 Teilzeitkräfte und 1 für die praktische und finanzielle Seite der Durchführung. Eine der Teilzeitkräfte kümmert sich speziell um die Trauerfallbetreuung. Ziel ist es, sozialen und emotionalen Streß von Patienten und deren Umgebung abzubauen. Ein Hauptschwerpunkt der Arbeit liegt in der Eltern-Kinderbeziehung. Diese Arbeit wird nicht nur während der Lebenszeit der älteren Menschen durchgeführt, sondern auch nach deren Tod bei der Trauerbewältigung mit den Angehörigen.

In der Trauerarbeit ist zusätzlich eine Gruppe Freiwilliger mit einer teilweisen psychologischen Ausbildung tätig. Die notwendigen Erkenntnisse werden über einen Formularsatz, der bereits während der Behandlung der Patienten ausgefüllt wird, gewonnen.

Die besichtigte Station umfaßt 13 Betten und ist dem „normalen“ Leben so weit wie möglich angeglichen: Teppichböden, wohnliche Atmosphäre, Haustiere, etc. Es überwiegen Mehrbettzimmer. Es ist ein Ein-Bett-Zimmer vorhanden. Patienten bevorzugen offenbar die Drei-Bett-Zimmer.

Für die 13 Betten stehen 5 Schwestern zur Verfügung; im Krankenhaus für die gleiche Zahl von Betten nur 2 Schwestern.

## II.

Am 18. Oktober 1990 informierte sich der Untersuchungsausschuß in Gladsaxe, Kreis Kopenhagen, über das dänische System der Altenhilfe. Frau Christensen von der Kommunalverwaltung Gladsaxe gab hierzu einführende Erläuterungen.

Die Gemeinde Gladsaxe verfügt insgesamt über sieben Pflegeheime, davon sechs in kommunaler Trägerschaft. Mit dem einzigen privaten Heim arbeitet die Kommunalverwaltung auf vertraglicher Basis zusammen. Insgesamt verfügt Gladsaxe über ca. 500 Pflegeheimplätze; 5,8 % der Älteren der Gemeinde sind stationär untergebracht. Im Heim „Egegarden“ wohnen 112 ältere Menschen. In Verbindung mit dem Pflegeheim „Kildegarden“ bestehen zusätzlich 20 sogenannte Tag/Nachtplätze, die die Funktion einer Kurzzeitpflegeeinrichtung besitzen. Darüber hinaus gibt es 80 „Tageszenterplätze“ (Tagespflegeplätze) mit Rehabilitationsmöglichkeiten sowie Ergo- und Physiotherapie. Hinzu kommt noch ein „Zentrum für Wiederaufbau des Körpers“ (Rehabilitationszentrum) mit 18 Plätzen. Neu ist eine sogenannte „Akutabteilung“ bei einem der Heime, in der Menschen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für kürzere Zeit weiter gepflegt werden können. Durch diese Einrichtung kann nach Aussage von Frau Christensen Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Insgesamt läßt sich feststellen, daß rehabilitative Maßnahmen sowie Ergo- und Physiotherapie zumindest in der Gemeinde Gladsaxe in erheblichem Umfang durchgeführt werden. Im Heim „Egegarden“ arbeiten zum Beispiel neun Ergo- bzw. Physiotherapeuten für 112 Bewohner.

In der Regel bezahlen die Bewohner mit ihrer Rente für den Pflegeheimaufenthalt und erhalten einen festen Betrag für den persönlichen Bedarf vom Heim ausbezahlt (Taschengeld). Seit 1989 besteht für die Gemeinden allerdings auch die Möglichkeit, die gesamte Rente an die Pflegeheimbewohner auszubezahlen. Die Bewohner haben dann selbst die Wahl, welche Leistungen sie in welcher Höhe in Anspruch nehmen wollen. Pflege und Fürsorge sind kostenlos, die übrigen Leistungen müssen die Bewohner dem Umfang entsprechend bezahlen. In Gladsaxe wird diese neue Regelung in zwei Heimen erprobt. Neben dem Angebot an stationären Einrichtungen gibt es in Gladsaxe 329 Wohnungen, die speziell für ältere und behinderte Menschen eingerichtet sind. 120 dieser Wohnungen fallen in die Kategorie „beschützte Wohnungen“. 174 sind sogenannte alten- und behindertengerechte Wohnungen und 35 Wohnungen wurden entsprechend der Pflegebedürftigkeit der Bewohner umgebaut.

1987 hat das dänische Parlament ein Gesetz über Wohnungen für ältere Menschen verabschiedet. Seitdem besteht nur noch ein einziger Altenwohnungsbegriff, neue Pflegeheime und „beschützte Wohnungen“ dürfen nicht mehr gebaut werden. In Gladsaxe wurden die ersten Wohnungen nach diesem Gesetz Mitte des Jahres 1990 fertiggestellt, angegliedert an das Pflegeheim „Egegarden“. Nach Auskunft einer Pflegekraft besteht jedoch trotz entsprechender Überlegungen noch keine Anbindung an den Pflegedienst des Heims. Zur Zeit wird die gegebenenfalls notwendige Pflege der dort wohnenden Menschen vom bei der Gemeinde angesiedelten Hauspflegedienst erbracht, der auch eine 24-Stunden-Bereitschaft hat.

Der Bau und die Finanzierung der Wohnungen erfolgten durch eine soziale Wohnbaugesellschaft. Die Mieter zahlen für die durchschnittlich 67 qm große Wohnung 15 % ihres Einkommens als Miete. Da in Dänemark ab 67 Jahren eine Volkspension in der Höhe von jährlich 56 000 DKr ausgezahlt wird, beträgt der monatliche Mietaufwand pro Bewohner ca. 700 DKr. Die Differenz zur Gesamtmiete in Höhe von ca. 3 600 DKr wird den Bewohnern als Mietzuschuß gewährt. Diese Regelung besteht erst seit Einführung des oben angeführten Gesetzes und gilt nur für danach erstellte Wohnungen. In Gesprächen wurde allerdings deutlich, daß von wohlhabenderen Bewohnern ab einem bestimmten Einkommen höhere Eigenbeteiligungen verlangt werden.

Die Mieter der Wohnungen haben die Möglichkeit, Hilfe bei der Erledigung ihres Haushalts zu bekommen. Diese Haushaltshilfe wird seit Mitte des Jahres 1989 kostenlos gewährt. Darüberhinaus besteht ein fahrbarer Mahlzeitendienst. Den Ausführungen von Frau Christensen ließ sich entnehmen, daß diese Dienste aufgrund des steigenden Bedarfs noch erheblich ausgebaut werden müssen.

Pflegebedürftigen Bewohnern stehen Hilfsmittel zur Verfügung. In der Regel werden diese von der Gemeinde kostenlos abgegeben (so z. B. Rollstühle), für kleinere Hilfsmittel besteht allerdings eine Bagatellgrenze von ca. 200 DKr.

Wie oben angeführt, wird von der Gemeinde im Falle der Pflegebedürftigkeit auch ein ambulanter Pflegedienst angeboten. Dieser 24-Stunden-Service ist Haushaltshilfe und Krankenpflege in einem und kann durch einen in den Wohnungen eingebauten Notruf herbeigerufen werden.

Die Fixierung auf die ambulante Pflege älterer Menschen in um- oder neugebauten Wohnungen hat allerdings nach den Worten von Frau Christensen zu einigen Problemen geführt. Aufgrund fehlender Pflegeheimplätze und ungenügend ausgebauter ambulanter Dienste kommt es auch in Dänemark (zumindest in Gladsaxe) zu Fehlbelegungen in den Krankenhäusern. Aus diesem Grund nehmen auch die Wartelisten der Pflegeheime an Umfang zu. Darüberhinaus bestehen auch in Dänemark anscheinend Probleme, genügend Personal für die Pflegeberufe zu finden.

Im Anschluß an den Vortrag von Frau Christensen wurden in Kopenhagen verschiedene behinderten- bzw. altengerechte Wohnungen besichtigt.

## III.

Am 19. Oktober 1990 wurde zunächst in Roedovre, Kreis Kopenhagen, eine Einrichtung der DAB (Dänische Gemeinnützige Wohnungsbaugesellschaft, Dansk almennyttigt Boligselskab, Finsensvej 33, 2000 Frederiksberg) besichtigt.

Die Führung des Untersuchungsausschusses übernahm Michael Frisch-Jensen, Baudirektor der DAB. Herr Frisch-Jensen erläuterte die fünf Jahre alte Siedlung, die 220 Wohnungen umfaßt und in der alte und junge Menschen (Azubis, Alleinerziehende und jugendliche Problemfälle) gemeinsam wohnen, wobei die Siedlung zu 60 % von alten Menschen und zu 40 % von Jüngeren bewohnt wird. Die Siedlung enthält Gemeinschaftsräume für Feste (Geburtstag, Hochzeit, Jubiläen etc.) und Clubräume, wobei diese Räume 3 % der Gesamtwohnfläche betragen dürfen.

Die ganze Siedlung ist kriminalpräventiv geplant. Alle Wohnungen und Vorplätze sind gut einsehbar und beobachtbar. Deshalb – so Herr Frisch-Jensen –, komme es trotz einiger Problemfälle bis jetzt nicht zu Zerstörungen in den Gemeinschaftsanlagen.

Die Siedlung sei ferner bewußt in der Nähe von Arbeitsplätzen angelegt, um die Trennung von Arbeitsplatz und Wohnung wieder rückgängig zu machen.

Die Siedlung werde technisch von Hausmeistern betreut, die auch viele soziale Funktionen übernehmen müssen.

Die Größe der Altenwohnungen bewegt sich zwischen 60 und 70 Quadratmeter, wobei allerdings ein Teil des gemeinsamen Flurs in die Wohnung mit eingerechnet wird.

Die Bewohner seien mit der Wohnung sehr zufrieden, beklagen sich aber darüber, daß der Service zu kurz komme. Dies gelte insbesondere für die häusliche Betreuung (Putzhilfe etc.), bei der sich der Personalmangel besonders bemerkbar mache.

Die Miete betrage für Personen, die nur eine Volkspension in Höhe von 43 284 Dänische Kronen beziehen, 15 % dieser Volkspension.

Sofern die Bewohner weiteres Einkommen (Vermögen wird nicht berücksichtigt) besitzen, werde die Miete entsprechend angehoben. Begüterte Personen zahlen den vollen Mietpreis von ca. 60 000 Dänische Kronen/Jahr. Das sind ca. 10 % der Herstellungskosten, die für eine ca. 60 Quadratmeter große Wohnung im Schnitt 600 000 Dänische Kronen betragen.

Die Baukosten und Grundstückspreise sind auch in Kopenhagen und Umgebung nicht so hoch wie in Deutschland, so daß die Herstellungskosten zwischen 2 900 und 3 500 DM pro Quadratmeter Wohnfläche liegen würden.

Anschließend erfolgte der Bustransfer zum Wohnungsbauministerium nach Kopenhagen.

Zunächst referierte Frau Edel Rubin vom Dänischen Wohnungsbauministerium. Sie wies darauf hin, daß das neue Gesetz über Wohnungen für Senioren und Behinderte, das am 1. Juli 1987 in Kraft getreten sei, den Gemeinden in Dänemark mehr Hilfen bei der Finanzierung von Alten- und Behindertenwohnungen gebe. Zwar würden noch viele Unklarheiten in der Praxis bestehen. Dies hänge damit zusammen, daß das Gesetz sehr variabel gefaßt sei und von der Philosophie ausgehe, daß alle alten Menschen möglichst lange in ihrer Wohnung verbleiben sollen. Grundsätzlich sei es deshalb nicht gestattet, Pflegeheime alter Art neu zu bauen. Für Fälle der Schwerpflege sei es jedoch auch nach dem neuen Gesetz möglich, vom Einbau einer Küche abzusehen. Man wisse, daß man letztendlich ohne Pflegeheimen nicht ganz auskomme, wolle jedoch auch hier die Selbständigkeit der Bewohner weitgehend erhalten.

Bei einer Bevölkerung von 5,1 Millionen seien in Dänemark über 800 000 Bürger über 65 Jahre alt.

Dafür gebe es ca. 36 000 beschützte Wohnungen, die allerdings teilweise mit Ehepaaren belegt seien. Die genaue Zahl der so versorgten Personen sei statistisch nicht erfaßt. 50 000 Personen würden in Pflegeheimen alter Art und 47 900 in Altentagesstätten versorgt.

Es seien Bestrebungen im Gange, die Pflegeheime in integrierte Altenzentren umzuwandeln. Die Altenzentren sollten auch die Koordination des gesamten Pflege- und Hausdienstpersonals übernehmen.

Durch die stärkere Unterstützung des Staates sei der Bau von Altenwohnungen sehr gefördert und beispielsweise vom Jahre 1987 auf 1988 von 304 auf 2 088 Einheiten gesteigert worden. Es würden nicht nur neue Wohnungen gebaut, sondern das Wohnungsbauprogramm sehe auch die Sanierung alter Wohnungen vor.

Nach dem neuen Gesetz sehe die Finanzierung der Wohnungen folgendermaßen aus:

Staatsanleihe	85 %
Mittel der Kommunen	13 %
Eigenmittel der Bewohner, die bei Auszug oder Tod wieder zurückerstattet werden	2 %
	100 %

Nach dem Gesetz entscheide die Gemeinde über Zahl und Umfang der Wohnungen. Bei einer Unterkapazität bestünden keine Möglichkeiten, im Wege der Staatsaufsicht die Gemeinden zum Bau von Wohnungen zu verpflichten. Die Staatsaufsicht sei in Dänemark sehr schwach entwickelt und würde von den Gemeinden nicht akzeptiert. Überkapazitäten werde dadurch entgegengesteuert, daß eine einwohnerbezogene Deckelung der mit Staatsanleihen finanzierten Zuschüsse erfolge.

Die Serviceleistungen in den beschützten Wohnungen würden durch ein besonderes Gesetz finanziert, wobei zwischen Krankenpflege und Hauspflege zu unterscheiden sei. Die Hauskrankenpflege sei kostenlos und werde teils auf ärztliche Veranlassung, teils in Zusammenarbeit mit der Hauspflege erteilt. Dabei fungiere die Hauskrankenschwester meistens als Schlüsselperson, wenn es um die Feststellung des Pflegebedarfs gehe.

Die ständige Hauspflege sei erst ab 1. Juli 1989 kostenlos und umfasse soziale, praktische und mitmenschliche Hilfe (Hilfe in der täglichen Haushaltsführung, Putzhilfe, Essenshilfe, persönliche Hygiene). Die Arbeit erfolge nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“, wobei auch großer Wert auf eine Aufrechterhaltung der Aktivitäten und des sozialen Kontakts älterer Menschen gelegt werde.

Bei den Wohnungen habe man große Sanierungsprobleme.

Auf Frage erklärte Frau Rubin, man habe keinen allgemeinen Stellschlüssel für die Pflege. Dies sei Selbstverwaltungsangelegenheit der Gemeinden. Völlig offen sei auch noch, inwieweit Schwerkranke tatsächlich zu Hause gepflegt werden könnten.

Das System der Hauspflege sei an sich auf eine 24-Stunden-Bereitschaft angelegt und stehe auch an Wochenenden zur Verfügung. In den Einzelheiten variieren die Systeme jedoch innerhalb der einzelnen Kommunen. Der Zugang zu einem 24-Stunden-Service bedürfe im allgemeinen einer Zulassung, das heißt, die Bedürftigkeit müsse zuvor festgestellt werden. Teilweise gelte die Zulassung auch für andere Dienste. Neben enger werdenden finanziellen Ressourcen hänge dies vor allem mit zunehmender Personalknappheit zusammen. Deshalb lege neuerdings ein Besuchsaußschuß der Gemeinden die Versorgungsanwartschaften fest. Es gebe allerdings dazu keine Richtlinien oder ein Punktesystem. Man sei auf die Beurteilung der Gemeindegewerkschaften und bei Entlassungen aus dem Krankenhaus auf die dortige Oberin angewiesen.

Man habe auch noch keine Kostenvergleiche gemacht, ob das beschützte Wohnen tatsächlich billiger sei als die seitherige Versorgung in Pflegeheimen. Persönlich ist sich Frau Rubin darüber im klaren, daß eine Ersparnis nur möglich sei, wenn es noch gelingt, die Eigenkräfte des Bewohners zu mobilisieren.

Wegen der fortgeschrittenen Zeit fand die weitere Unterrichtung des Untersuchungsausschusses bei einem Arbeitsessen statt. Hier gab insbesondere auch noch Herr Henrik Friediger, Bevollmächtigter des Sozialministeriums, zusätzliche Auskünfte.

Herr Friediger steht dem neuen Altenhilfegesetz etwas kritischer gegenüber. Er bemängelte u. a., daß keine Kostenvergleiche da seien und der Personalmangel – ehrenamtliche Kräfte stehen nur für reine Besuchsdienste zur Verfügung – erhebliche Defizite bei der Durchführung der Programme mit sich bringe. Die zukünftige Finanzierbarkeit des Systems sei ebenfalls noch offen.

Das Gesetz für eine verbesserte Altenhilfe sei mit den Stimmen aller Abgeordneten beschlossen worden. Die Vorarbeiten zum Gesetz hätten jedoch Sozialdemokraten gemacht.

Sehr kritisch wurde auch das Wirken der DAB gesehen. Es handele sich dabei um eine Dienstleistungsgesellschaft, die 7 bis 8 % des gemeinnützigen Baumarkts in Dänemark verwalte und 50 Tochtergesellschaften betreue. Die Tochtergesellschaften seien finanziell wieder untereinander verflochten, so daß das Geschäftsgebaren im einzelnen sehr schwer zu kontrollieren sei.

Das Institut eines Pflegeurlaubs für pflegende Angehörige gebe es nicht. Allerdings würden manche Gemeinden ein Pflegegeld bezahlen.



Anlage 5**Verzeichnis der zur Beweiserhebung beigezogenen  
schriftlichen Stellungnahmen,  
Literatur und sonstigen Unterlagen**

- Bäcker, „Arbeitsbedingungen in der Altenpflege“, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (Hrsg.), 1988, WI-Verlag GmbH, Düsseldorf  
(zit.: Verf., Arbeitsbedingungen)
- Cornelius, „Von der Pyramide zum Pilz. Die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven,“ in: Landeszentrale für Politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.), Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungspolitik in der Bundesrepublik, Stuttgart, Berlin, Köln, Main, 1988, S. 12 ff.)  
(zit.: Verf., Bevölkerungsentwicklung)
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung,  
„Szenarien der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland“, in Wochenbericht 8/90 vom 22. Februar 1990  
(zit.: DIW, Wochenbericht 8/90)
- Exton-Smith, „The Development of Services for the Care of the Elderly in Britain“, Allied Health and Behavioral Sciences 2 (1979), S. 161 ff.
- Gröner, „Die ältere Bevölkerung“, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 2/86
- Häfner, Psychische Gesundheit im Alter, 1986. Fischer Verlag, Stuttgart  
(zit.: Verf., Psychische Gesundheit)
- Hummel, Wohnen im Alter, 1989. Fischer Verlag, Stuttgart  
(zit.: Verf., Wohnen)
- Jaeger, „Trends in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“, Zeitschrift für Gerontologie 20 (1987), S. 187 ff.
- Keil, „Theorie und Praxis der Präventivmedizin“, in: Blohmke (Hrsg.), Sozialmedizin, 1986. Enke, Stuttgart, 2. Auflage, S. 89 ff.  
(zit.: Verf., Präventivmedizin)
- Landkreistag Baden-Württemberg,  
Schreiben vom 15. Mai 1990 mit der Stellungnahme der kommunalen Landesverbände vom 27. März 1990 zu dem Referentenentwurf des Sozialministeriums Baden-Württemberg für ein Gesetz zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko  
(zit.: Stellungnahme der kommunalen Landesverbände vom 27. März 1990)

- Lehr, Interventionsgerontologie, 1979, Steinkopff Verlag, Darmstadt  
(zit.: Verf., Interventionsgerontologie)
- Meier-Baumgartner,  
„Rehabilitation in der Geriatrie“, Therapeutische Umschau 38 (1981), S. 60 ff.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung,  
Baden-Württemberg,  
„Ältere Menschen in Großstädten – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg –“, 1986, Stuttgart  
(zit.: SM, Ältere Menschen)
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung  
Baden-Württemberg,  
- Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 zu Ziff. A des Untersuchungsauftrags  
- Stellungnahme vom 28. November 1988 zu Ziff. A des Untersuchungsauftrags  
- Stellungnahme vom 17. Januar 1989 zu Ziff. B. I.–IV. des Untersuchungsauftrags  
- Stellungnahme vom 21. Februar 1989 zu Ziff. C. V.–IX. des Untersuchungsauftrags  
- Stellungnahme vom 28. März 1989 zu Ziff. D. X. + XI. des Untersuchungsauftrags  
- Stellungnahme vom 6. Juni 1989 zum Beweisbeschluß vom 6. April 1989 zu Beweisantrag-Nr. 16  
- Stellungnahme vom 27. September 1989 zum Beweisbeschluß vom 27. Juni 1989 zu Beweisantrag-Nr. 17  
- Stellungnahme vom 16. Januar 1990 zu Ziff. D. XII. des Untersuchungsauftrags
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung,  
Baden-Württemberg,  
in Zusammenarbeit mit dem Krebsverband Baden-Württemberg e.V.,  
„Häusliche Betreuung schwerkranker Tumorpatienten“, 1989  
(zit.: SM, Häusliche Betreuung schwerkranker Tumorpatienten)
- Rembeck,  
„Die geriatrische Klinik in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Das Krankenhaus, 12/1988, S. 567 ff.
- Rubenstein/Josephson/Wieland/English/Sayre/Kane  
„Effectiveness of a geriatric evaluation unit“, The New England Journal of Medicine 311 (1984), S. 1664 ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,  
Jahresgutachten 1987, 1. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden  
(zit.: Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrats)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,  
Jahresgutachten 1989, 1. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden  
(zit.: Jahresgutachten 1989 des Sachverständigenrats)

- Schlierf, „Die gesundheitliche Situation älterer Menschen“, in: Bericht der Kommission „Altern als Chance und Herausforderung“, 1988, S. 41 ff.  
(zit.: Verf., Kommissionsbericht)
- Schütte/Summa/Platt, „Zur rehabilitativen Behandlung von zerebralen und apoplektischen Insulten im höheren Lebensalter und ihrer Effizienzbeurteilung – Ergebnisse eines Modellprojektes“, Zeitschrift für Gerontologie 17 (1984), S. 214 ff.
- Schulze, „Wohnen und Wohnumfeld“, in: Bericht der Kommission „Altern als Chance und Herausforderung“, 1988, S. 109 ff.  
(zit.: Verf., Kommissionsbericht)
- Sozialpsychiatrische Altentagesstätte Göppingen,  
Jahresberichte 1988, 1987, 1986, 1985, 1984, 1983
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg,  
„Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung auf der Basis 31. Dezember 1988 in den Stadt- und Landkreisen des Landes Baden-Württemberg“, Statistische Berichte vom 10. Oktober 1989  
(zit.: Statistische Berichte vom 10. Oktober 1989)
- Stolarz, „Wohnungsanpassung – Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen“, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe – Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. – (Hrsg.), Forum 5, Köln, 1986  
(zit.: Verf., Wohnungsanpassung)
- Williamson, „Geriatric Medicine: Whose speciality?“, Annals of Internal Med. 91/1979), S. 774 ff.

## Abkürzungsverzeichnis und Fundstellennachweis

- a. a. O. am angegebenen Ort
- BAnz. Bundesanzeiger
- BAT Bundes-Angestellten-Tarifvertrag in der Fassung des 62. Änderungsstarifvertrages vom 30. Juni 1989
- BR-Drucksache  
Bundesratsdrucksache mit Angabe der Legislaturperiode und laufender Nummer der Drucksache
- BSHG. Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Januar 1987 (BGBl. I S. 401, berichtigt S. 494, geändert durch Artikel 42 Gesundheits-ReformG vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, und Art. 51 RentenreformG 1992 – RRG 1992 – vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2291)
- BT-Drucksache  
Bundestagsdrucksache mit Angabe der Legislaturperiode und laufender Nummer der Drucksache
- GRG Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20. Dezember 1988, BGBl. 1988 I S. 2477
- KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Krankenhausbedarfsplan III vom 13. November 1989 (Staatsanzeiger vom 25. November 1989)
- LBO Landesbauordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Februar 1983 (GBl. S. 770)
- LHO Landeshaushaltsordnung für Baden-Württemberg vom 19. Oktober 1971 (GBl. S. 428), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Oktober 1987 (GBl. 445)
- LKHG Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg vom 15. Dezember 1986 (GBl. S. 425)
- Drucksache  
Landtagsdrucksache mit Angabe der Legislaturperiode und der laufenden Nummer der Drucksache
- P Protokoll einer Sitzung des Untersuchungsausschusses mit Sitzungsnummer und Seite
- RVO Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 770; BGBl. III 820-1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 481)
- SGB V Sozialgesetzbuch 5. Buch in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988, BGBl. 1988 I S. 2482
- SM Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg